



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2006 - 2007

Cliëntenparticipatie in stagefeedback van studenten psychiatrische
verpleegkunde: een meerwaarde voor cliënt en student?

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Bart Debyser

Promotor: Prof. Dr. M. Grypdonck

Co-promotor: Prof. Dr. T. Defloor

Kopieerclausule

“Ondergetekende, Bart Debyser, bevestigt hierbij dat onderhavige masterproef mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de masterproef worden vermeld”.

Bart Debyser

Abstract

Inleiding en probleemstelling: Hoewel de cliënt een centrale plaats toegemeten krijgt in de opleiding in het algemeen van studenten psychiatrische verpleegkunde en in stagebesprekingen in het bijzonder, is diezelfde cliënt nog al te vaak niet als formele partner betrokken in stagefeedback. Drie onderzoeksvragen worden in het onderzoek aan de orde gesteld. (1) Welke condities zijn noodzakelijk, opdat cliëntenfeedback een substantiële bijdrage kan leveren in het leerproces van de student en op zo'n wijze dat patiënten hier ook baat van ondervinden? (2) Welke betekenis en welke waarde geven participanten aan de feedback die patiënten geven over het functioneren van een student? (3) In welke mate is de feedback die patiënten geven consistent met de feedback van de mentor, de stagebegeleider en de zelfbeoordeling van de student?

Methode: Op twee psychiatrische afdelingen van twee centra in Vlaanderen werden cliënten actief en formeel betrokken in de stagefeedback van vier derdejaarsstudenten psychiatrische verpleegkunde. Hiervoor werd een praktijkmodel ontwikkeld. Op basis van een kwalitatieve, exploratieve onderzoeksbenadering, werden de data van een participerende observatie en van zestien semi-gestructureerde interviews geanalyseerd. De validiteit van de onderzoeksbevindingen werd bewerkstelligd door constante comparatieve vergelijking, data-, methode- en onderzoekerstrangulatie.

Resultaten:

Uit de analyses blijkt dat cliëntenfeedback betekenis en waarde krijgt in een veilig kader, waarin de begeleidende verpleegkundige een sleutelrol speelt. Adequaat toepassen van cliëntenfeedback vraagt van de verpleegkundige een actief voorleven van specifieke psychiatrische competenties. Dit genereert een dubbel leereffect voor de student. Voor de patiënt met een psychiatrische problematiek betekent het een gehoord en beluisterd kunnen worden, ook in de kwetsbaarheid die hem kenmerkt.

Abstract

Introduction and Problem Statement: Despite being given a central place in psychiatric nursing education, too often the client is not involved as a formal partner when feedback is provided to students during practical training. Three questions are the starting point of this research: (1) which conditions are essential to have client feedback substantially contribute to the learning process of the student and to the well being of the patients? (2) with respect to the performance of students, what significance and value do participants attribute to feedback from patients? (3) to what extent is a patient's feedback consistent with feedback from mentor, practice teacher and the student regarding the student's performance?

Methodology: In two psychiatric wards of two centres in Belgium, clients were actively and formally involved in providing feedback on four, third-year psychiatric nursing students during training. A practice model was developed, in order to illicit client feedback. Using a qualitative explorative research approach, results of participatory observation and 16 semi-structured interviews were analysed. Validation of research data was achieved through constant comparison, data-, methodology- and research-triangulation.

Results: Analysis shows that client feedback becomes meaningful and valuable in a safe environment. The psychiatric nurse plays a key role in this process. Adequate application of client feedback requires the nurse to actively demonstrate her/his proven psychiatric nursing competences. This generates a double learning effect for the student since it builds skills in how to both obtain and use feedback from patients. For the psychiatric patient, being involved means being listened to and recognised for her/his value and vulnerability.

Inhoudstafel

ABSTRACT.....	IV
INHOUDSTAFEL	VI
WOORD VOORAF	IIX
INLEIDING	X
1 LITERATUURSTUDIE	1
1.1 Inleiding.....	1
1.2 Methodologie van de literatuurstudie.....	1
1.3 Cliëntenparticipatie in geestelijke gezondheidszorg, een verkenning van het concept	3
1.3.1 Cliënt of patiënt of...?	3
1.3.2 Definities van cliëntenparticipatie	4
1.3.3 Vormen en niveaus van participatie	4
1.4 Ervaringskennis - een ondergewaardeerde bron van kennis.....	5
1.4.1 Inleiding.....	5
1.4.2 Begripsomschrijving.....	6
1.4.3 Ervaringsdeskundigheid als kennisbron in de gezondheidszorg.....	7
1.5 Plaats van cliëntenfeedback in het klinisch onderwijs van studenten verpleegkunde.....	9
1.5.1 Inleiding.....	9
1.5.2 Plaats van ‘klinische evaluatie’ in het totale assessmentgebeuren.....	10
1.5.2.1 Definiëring.....	10
1.5.2.2 Vormen van assessment.....	10
1.5.2.3 Assessment in het verpleegkundig klinisch onderwijs	12
1.5.3 De mogelijke bijdrage van patiënten in het assessmentgebeuren van de student	14
1.6 Cliëntenparticipatie in het psychiatrisch verpleegkundig onderwijs - mogelijkheden en beperkingen.....	14
1.6.1 Inleiding.....	14
1.6.2 Meerwaarde van cliëntenparticipatie in het onderwijs	15
1.6.3 Bezwaren naar cliëntenparticipatie.....	17
1.6.3.1 Ethische bekommernissen	17
1.6.3.2 Onderwijskundige bekommernissen.....	18
1.6.3.3 Bekommernissen vanuit cliëntenorganisaties	19

1.6.3.4	Bekommernissen met betrekking tot ‘zorgvisie en professionele cultuur’	20
1.7	De verpleegkundige- en studentverpleegkundige- patiëntrelatie	21
1.7.1	Inleiding.....	21
1.7.2	De verpleegkundige-patiëntrelatie.....	21
1.8	Conclusies.....	23
2	ONTWIKKELING VAN EEN PRAKTIJKMODEL VOOR HET ONTLOKKEN VAN CLIËNTENFEEDBACK	28
2.1	Inleiding.....	28
2.2	Beschrijving van het ontwikkelde praktijkmodel.....	28
3	ONDERZOEKSMETHODE	31
3.1	Probleemstelling	31
3.2	Onderzoeksdesign.....	31
3.3	Setting.....	32
3.4	Rekrutering en ethische aspecten.....	32
3.5	Datacollectie en conceptualisering van cliëntenparticipatie op de respectievelijke onderzoeksafdelingen	34
3.6	Data-analyse.....	35
3.7	Validiteit van de studie.....	36
4	RESULTATEN	38
4.1	Inleiding.....	38
4.2	Initiële houding van de participanten ten overstaan van cliëntenfeedback in stage van studenten	38
4.3	Eerdere ervaringen van participanten met cliëntenfeedback.....	39
4.4	Toetsing van het ontwikkelde raamwerk voor cliëntenparticipatie.....	40
4.5	Cliëntenfeedback gesitueerd in een conceptueel kader	42
4.5.1	Een conceptueel kader (zie ook figuur 1)	42
4.5.2	Inhoud van patiëntenfeedback	44
4.5.2.1	Feedback rechtstreeks naar de student toe.....	44
4.5.2.2	Iets zeggen over zichzelf via de cliëntenfeedback.....	46

4.5.2.3	Feedback die niet door patiënten kan gegeven worden	47
4.5.3	De coachverpleegkundige als spil en motor van de cliëntenfeedback.....	47
4.5.4	Het kwadrantmodel: een hulpmiddel bij de situering van de plaats die de coach kan innemen tijdens het hanteren van de cliëntenfeedback	48
4.5.5	Waarde van cliëntenfeedback	51
4.5.5.1	Waarde voor de patiënt.....	51
4.5.5.2	Waarde voor de student	52
4.5.5.3	Waarde voor de coachverpleegkundige	53
4.6	Plaats van cliëntenfeedback in het assessmentsgebeuren.....	54
4.7	Plaats van cliëntenfeedback in het geheel van de opleiding	55
5	DISCUSSIE EN CONCLUSIES.....	56
5.1	Implicaties voor de praktijk - mogelijkheden en beperkingen	56
5.2	Methodologische beschouwingen	58
5.3	Aanbevelingen voor verder onderzoek	60
5.4	Eindconclusie	62
6	LITERATUURLIJST.....	64
	BIJLAGEN	1

Woord vooraf

Als derdejaarsstudent psychiatrische verpleegkunde kreeg ik tijdens mijn opleiding de kans om een keuzestage te lopen in een opvangboerderij voor thuisloze jongeren. Een niet alledaagse stageplaats waar ik de kans kreeg kennis te maken met een uniek stageterrein met een heel eigen visie en aanpak. Ongewoon was ook dat ik op het einde van mijn stage beoordeeld werd door de jongeren zelf. Het is het meemaken van die ervaring die voor mij de inspiratiebron was voor de keuze van deze scriptie.

Het schrijven van deze scriptie was een uitdaging voor mij, die mede tot stand is gekomen door de hulp en steun van anderen. Graag wil ik enkele personen heel oprecht bedanken.

In de eerste plaats wil ik professor dr. Mieke Grypdonck en professor dr. Tom Defloor oprecht bedanken voor hun deskundige begeleiding, waardevolle raadgevingen en boeiende gesprekken. Het is dankzij uw blijvende aanmoediging dat ik steeds in dit onderzoek ben blijven geloven.

Een speciaal woord van dank en erkenning gaat uit naar Dhr. Eddy Deproost. Als externe begeleider betoonde u veel interesse in het onderzoek en hielp u me ruimer en verder te kijken.

Deze scriptie had niet tot stand kunnen komen zonder de deelname van patiënten, studenten, stagementoren en stagebegeleiders. Aan u allen een welgemeend 'dank u wel'! De gesprekken met jullie allen waren voor mij bijzonder verrijkend.

Ik dank de hoofdverpleegkundigen en de verpleegkundigen van de twee onderzoeksafdelingen. Zonder jullie geloof in dit onderzoek had ik dit project zeker niet gerealiseerd. Speciale dank aan Karel en Rosanne. Het was fijn om met jullie te mogen samenwerken.

Dank aan Henk en Lies voor het nalezen van deze scriptie.

Tot slot nog een speciaal woordje van dank voor mijn gezin. Dank Kathleen, Pieterjan, en Marie dat jullie me de ruimte gaven om deze opleiding te volgen. Het was ook voor jullie een hele grote opgave!

Inleiding

Participatie is een fenomeen dat in onze moderne maatschappij een steeds belangrijk gegeven wordt. Die verschuiving is ook merkbaar in de algemene gezondheidszorg. Patiënten zijn meer verenigd in organisaties. Ze praten mee met de overheid en streven naar een betere rechtspositie, naar verdergaande inspraak en medezeggenschap.

Ook het zorglandschap in de geestelijke gezondheidszorg onderging fundamentele wijzigingen. De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002, de beleidsnota 'psyche: mij een zorg', van minister Aelvoet en minister Vandenbroucke (maart, 2001) die stelt dat participatie van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg de noodzakelijke eerste stap is naar maatschappelijke participatie, de verschuiving van intramurale naar meer extramurale zorg (wat ook meer participatie van de patiënt en zijn naaste omgeving vraagt), de evolutie van een meer aanbodgerichte zorg naar een meer vraaggestuurde zorg (De Rycke R., 2002), het ontstaan van nieuwe initiatieven (Corporate Governance), waar overwogen wordt om patiëntenorganisaties te betrekken als lid van raad van beheer in meerdere voorzieningen, zijn maar enkele voorbeelden van hoe deze evoluties concreet gestalte krijgen.

Ook in het onderwijs en het hoger onderwijs in het bijzonder zien we eenzelfde ontwikkeling. Denk maar aan de aandacht voor flexibele en 'op maat van de student' aangepaste leerwegen, actieve en volwaardige participatie van studenten in departementale onderhandelingscomités en adviesraden, het steeds groter wordende aanbod van keuzetrajecten.

In de verpleegkunde tenslotte zien we dat verpleegkundige zorgvisies bepalend kunnen zijn voor de mate van medezeggenschap die patiënten toebedeeld krijgen in het zorggebeuren. Verpleegkundige theorieën, medische en psychologische behandelvisies liggen vaak aan de basis van de zorgvisie die op een afdeling gehanteerd wordt. Vanuit het biomedisch model stond vroeger een paternalistische houding op de voorgrond. Het lot van de patiënt lag in de handen van de hulpverlener, zij (hij) was de deskundige en zij (hij) besliste over de patiënt. De hulpverlener weet immers 'wat goed is voor de patiënt'. In de verpleegkunde zien we dit expertmodel gestalte krijgen bijv. in de zelfzorgtheorie van Orem. Er zijn ook verpleegkundige theorieën die de gelijkwaardigheid tussen patiënt en verpleegkundige centraal stellen.

Vanuit deze visie wordt de verpleegkundige gezien als een leverancier van zorg. Niet de opvattingen van de verpleegkundige, maar wel de vraag van de patiënt, is uitgangspunt van de zorg. De patiënt is een 'geëmancipeerde' patiënt geworden en de zorgrelatie wordt een contractuele relatie tussen patiënt en verpleegkundige. Of deze relatievorm ook steeds recht doet aan de patiënt, is zeer de vraag. De zorgrelatie dreigt te verarmen en te vervallen in een 'u vraagt, wij draaien' (Grypdonck, M., 2005).

Integrerende verpleegkunde is veel meer dan doen wat de patiënt u vraagt te doen. In integrerende verpleegkunde investeert de verpleegkundige in het wezenlijk, authentiek 'ontmoeten' met de patiënt. Door die ontmoeting gaat de verpleegkundige zich bewust worden van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de persoon van de patiënt. Deze verantwoordelijkheid opnemen houdt in dat men de patiënt tot zijn recht laat komen, dat men haar (hem) ten volle zichzelf laat zijn. Het vraagt van de verpleegkundige een zich goed instellen op de patiënt. Het betekent de ander te kunnen benaderen als een ander (Grypdonck, M., 2005).

Visies zoals vraaggestuurde zorg, integrerende verpleegkunde, maar ook de rehabilitatievisie of de presentietheorie van Baart beïnvloeden de wijze waarop de verpleegkundige zich in de relatie opstelt en de mate van disclosure die ze aan de dag legt (Grypdonck, M., 2005); (Van de Kar, F., Van Keijzerswaard, A., & Van Wel, T. (2004).

In het licht van de geciteerde ontwikkelingen, is het dan ook enigszins verrassend te moeten vaststellen dat er in het verpleegkundig onderwijs in Vlaanderen en in het klinisch onderwijs in het bijzonder nog relatief weinig 'voorbeelden' zijn van het actief en formeel betrekken van cliënten. Temeer, omdat verpleegkunde toch een gebeuren is dat zich bij uitstek om en rond de cliënt afspeelt en omdat de cliënt een zeer centrale plaats inneemt in de concrete zorgverlening. Vanuit hun nauwe relatie met verpleegkundigen kunnen cliënten wellicht heel directe feedback geven op het zorggebeuren. Bovendien kunnen ze het doen vanuit een perspectief dat onmogelijk door een collega verpleegkundige kan vertolkt worden, doordat deze verpleegkundige immers niet 'de zorg' ervaart. Wat cliënten teruggeven aan feedback, kan vanuit dit perspectief gezien worden als een vorm van kwaliteitstoetsing.

Tezelfdertijd rijzen er ook heel wat vragen en bekommernissen. Zo is er de vraag of patiënten en meer bepaald patiënten met een psychiatrische problematiek hiertoe wel in staat zijn. Geven patiënten bijv. aandacht aan hoe studenten met hen omgaan? Wat

vinden ze belangrijk in wat studenten doen? Hoe kijken patiënten naar een goede hulpverlener?

En hoe is het voor studenten om feedback te krijgen van patiënten? Men zou bijvoorbeeld kunnen opwerpen dat patiënten eigenlijk niet opgeleid zijn om feedback 'fijn' en 'genuanceerd' te geven en essentiële professionele competenties missen. Cliëntenfeedback ontlokken impliceert bijgevolg dat er voldoende aandacht besteed wordt aan de kwetsbaarheid, maar ook aan de sterkte en draagkracht van patiënt en student.

Verder is het zo dat in de huidige stage-evaluatie de verpleegkundige mentor en de stagebegeleider een centrale rol spelen in het genereren van de stagefeedback. Verwacht mag worden dat het actief betrekken van patiënten in de stage van studenten gevolgen zal hebben voor hun rol en taakinvulling. Maar hoe staan ze hier tegenover? Zien de docenten stagebegeleiders, de verpleegkundigen, de stagementoren 'de patiënt' als iemand die waardevolle informatie kan geven van het leerproces van de student? Zijn bepaalde patiënten hiertoe volgens hen beter in staat dan andere? In welke mate correspondeert hun visie met de visie van de patiënt, de student?

Dit zonet geschetste kader vormt de achtergrond waartegen deze scriptie zich situeert. Aan de hand van een literatuurstudie wordt cliëntenfeedback in hoofdstuk één in een bredere context geplaatst. Vervolgens worden aanknopingspunten gezocht vanuit deze literatuur voor het opzetten van een concreet raamwerk om cliëntenfeedback te ontlokken. In hoofdstuk twee wordt een praktijkmodel voor het ontlokken van cliëntenfeedback ontwikkeld en beschreven. In het derde hoofdstuk wordt het kwalitatief onderzoek toegelicht. Hierbij wordt de probleemstelling en het onderzoeksdesign besproken. Er wordt dieper ingegaan op de setting waarin het onderzoek zich afspeelt, de rekrutering, de ethische aspecten, de procedure en validiteit van de studie.

Hoofdstuk vier omvat de resultaten van het kwalitatief onderzoek.

In hoofdstuk vijf worden de belangrijkste conclusies samengevat en is er ruimte voor discussie. Enkele aanbevelingen worden gegeven voor verder onderzoek. We sluiten deze scriptie af met een eindconclusie.

1 Literatuurstudie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de literatuur in verband met cliëntenfeedback besproken. De motivering hiervoor en de gevolgde werkwijze worden beargumenteerd in de methodologie van de literatuurstudie. Vervolgens wordt cliëntenfeedback gepositioneerd en gesitueerd. Cliëntenparticipatie, ervaringskennis, het assessmentsgebeuren in het klinisch onderwijs en de verpleegkundige-patiëntrelatie worden nader belicht. Omdat het in het klinisch onderwijs in Vlaanderen nog ongebruikelijk is om patiënten actief en formeel te betrekken, worden tenslotte aanknopingspunten gezocht vanuit de literatuur voor het ontwikkelen van een concreet raamwerk om cliëntenfeedback te ontlokken.

1.2 Methodologie van de literatuurstudie

Het literatuuronderzoek in het kader van deze scriptie heeft een driedelig doel: (1) nagaan welke hedendaagse wetenschappelijke literatuur het betrekken van patiënten in de stage van studenten ondersteunt en welk niet? (2) Exploreren van de betekenis van de verpleegkundige-patiëntrelatie voor de betrokkenen (of student verpleegkundige-patiëntrelatie). (3) Aanknopingspunten vinden in de literatuur voor het opzetten van een concreet raamwerk om cliëntenfeedback te ontlokken.

Een exploratieve literatuurstudie werd uitgevoerd, waarbij verschillende databanken werden geconsulteerd. Medline werd doorlopen, gevolgd door Web of Science, Cinahl en Psycharticles. In de browser van de zoekfilter werden eerst een 3-tal combinaties van Meshterms ingetikt, samen met de booleaanse operator 'AND'. Zo werden de MeSH-terms ('consumer involvement' or 'consumer involvement') gecombineerd met ('Mental health nursing' or 'psychiatric nursing'). Een tweede combinatie werd gevormd door het intikken van ('consumer involvement' or 'consumer involvement') samen met ('education assessment' or 'educational measurement'). Een derde combinatie werd gevormd door 'consumer involvement' or 'consumer involvement') samen te voegen

met 'nurse patient relations'. Tenslotte werden de geciteerde MeSH-terms één voor één gecombineerd met volgende textwords: 'practical training', 'pre-registration', 'empowerment', 'learning methods', 'therapeutic alliance'. Volgende limieten werden telkens in de databanken ingevoerd: gepubliceerd na 1990, humane onderwerpen en Engels-, Duits-, Frans- of Nederlandstalige publicaties. Artikels werden na het lezen van het abstract geïncludeerd volgens de mate van relevantie bij de drie hoger geciteerde doelstellingen. Voor publicaties die specifiek handelden over feedback van patiënten in stage van studenten verpleegkunde werden ook de relevante referenties nagekomen. In totaal konden op die manier één systematische review en vijftientig reviews geïncludeerd worden.

Omdat het formeel toepassen van cliëntenfeedback in stage van studenten verpleegkunde niet gebruikelijk is in Vlaanderen, werden vanaf het begin van het onderzoek contacten gelegd met experts en organisaties, actief op het vlak van cliëntenparticipatie in Nederland en het Verenigd Koninkrijk (Voor België werd wel contact gelegd met het centrum voor onderwijsontwikkeling van de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent, met zijn expertise in het betrekken van cliënten in het vaardigheidscentrum voor studenten geneeskunde). De keuze om vooral met deze landen contacten te onderhouden werd gemaakt op basis van de voortrekkersrol die beide landen de laatste decennia en het laatste decennium in het bijzonder gespeeld hebben met betrekking tot cliëntenparticipatie. Voor het Verenigd Koninkrijk werden contacten gelegd met volgende organisaties: 'Mental Health Higher Education (MHHE)' (www.mhhe.heacademy.ac.uk), 'DUCIE-network'¹, INVOLVE² (www.invo.org.uk), de 'university of Nottingham' (www.nottingham.ac.uk) en met enkele auteurs van recente publicaties op vlak van cliëntenparticipatie in stagefeedback van studenten verpleegkunde. Op deze manier konden nog 's vijf onderzoeksrapporten, elf reviews en een 'user developed' assessmentsinstrument dat momenteel nog in een pilootstudie wordt getest bij een groep studenten aan de universiteit van Nottingham, bijkomend geselecteerd worden. Voor Nederland werd vooral contact gezocht met ervaringsdeskundigen, onderzoekers en organisaties die ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid honoreren als een valide vorm van kennis, zoals bijv. ZonMw³

¹ Developers of User and Carer Involvement in Education (DUCIE) – een door MHHE gecoacht netwerk ten behoeve van de uitbouw van 'user en carer involvement' in Hoger Onderwijs.

² INVOLVE is een Britse overheidsorganisatie, opgericht in de schoot van het ministerie van gezondheidszorg. De missieopdracht van INVOLVE is het actief betrekken van de burger in de gezondheidszorg en de welzijnszorg te bevorderen en te ondersteunen.

³ Zon.Mw is een Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

(www.zonmw.nl), het IGPB⁴ (www.igpb.nl), het Trimbosinstituut⁵ (www.trimbos.nl). In september 2006 werd in dit kader ook de studienamiddag 'cliëntenparticipatie in wetenschappelijk onderzoek' bijgewoond (ZonMw, Den Haag).

1.3 Cliëntenparticipatie in geestelijke gezondheidszorg, een verkenning van het concept

In dit hoofdstuk worden enkele begrippen in relatie tot cliëntenparticipatie omschreven. Vervolgens worden de verschillende vormen van cliëntenparticipatie besproken. Tenslotte wordt vanuit verschillende perspectieven de betekenis van cliëntenparticipatie onderzocht.

1.3.1 Cliënt of patiënt of...?

In de literatuur wordt de 'zorggebruiker' vaak op verschillende manieren omschreven. Zo spreekt men van ondermeer van 'cliënt', 'consument', 'zorggebruiker', 'overlever', 'burger'. Hoe de zorgvrager gedefinieerd wordt, zegt ook iets over hoe naar deze zorgvrager gekeken wordt. In deze scriptie wordt het woord cliënt en patiënt door elkaar gebruikt. De keuze berust op het feit dat er in de werkomgeving zowel over 'patiënten' als over 'cliënten' gesproken wordt. Ook heb ik de patiënten tijdens de participerende observatieperiode hierover bevraagd. Voor hen maakte het niet uit of ze als patiënt of als cliënt aangesproken werden, ze konden zich allemaal verzoenen met beide aanspreekvormen. Dit is consistent met wat Livingston en Cooper (2004) beschrijven in hun artikel, namelijk dat zorgvragers zich er goed bij voelen wanneer gezondheidswerkers hen cliënten of patiënten noemen. 'Zorggebruiker' vinden ze dan weer een minder goed gekozen aanspreekvorm.

⁴ IGPB staat voor instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid. Het wil mensen empoweren die een beroep doen op zorg of op maatschappelijke diensten.

⁵ Het Trimbos-instituut is een (Nederlands) kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

1.3.2 Definities van cliëntenparticipatie

Het concept van cliëntenparticipatie in de gezondheidszorg is moeilijk te definiëren (Sharkey, V.B., 2002). Het concept is nauw verwant met 'onderhandelde zorg', 'persoonsgerichte zorg', 'samenwerkende zorg' en kan vele componenten bevatten. Zo kan cliëntenparticipatie het delen van informatie omvatten, maar ook betrokken worden in de besluitvorming of deelnemen in de fysieke zorg. Het kan slaan op enkel de cliënt, maar ook op zijn directe betrokkenen.

1.3.3 Vormen en niveaus van participatie

Onderscheid kan gemaakt worden tussen directe vormen van participatie en indirecte vormen van participatie. Bij directe participatie worden cliënten betrokken in besluitvormingsprocessen die hun directe zorg aangaan (bijv. behandeling). Indirecte participatie is het betrekken van cliënten in aangelegenheden, die niet direct hun zorg 'hier en nu' beïnvloeden. Bij indirecte participatie worden cliënten bijvoorbeeld betrokken bij de planning en uitbouw van psychiatrische diensten. Een ander voorbeeld is hen betrekken bij curriculumontwikkeling in hogescholen (Glenister, D., 1994).

Verder spreekt men ook van individuele participatie en collectieve participatie (Van Haaster, H., 2005). Individuele patiëntenparticipatie is de inbreng van de patiënten in de eigen behandeling. Binnen deze vorm van participatie maakt de patiënt samen met de hulpverlener een behandelplan op. Daarin worden afspraken vastgelegd die samen overéengekomen worden.

Collectieve participatie is dan de inbreng van patiënten in het zorgbeleid van de geestelijke gezondheidszorg. Collectieve patiëntenparticipatie is vooral uitgebouwd in Nederland. In België zijn de patiëntenraden in de psychiatrische ziekenhuizen nog weinig uitgebouwd en ontwikkeld.

Cliëntenparticipatie kan ook in verschillende gradaties voorkomen. In dit verband spreekt men soms ook wel 's van de participatieladder (Smit et al, 2006). Het concept van de participatieladder is oorspronkelijk ontwikkeld door Arnstein (1969) (Hostick, T., & McClelland, F., 2000). In de eigenlijke participatieladder kan men 4 trappen onderscheiden. Op trap één beperkt men zich bijvoorbeeld tot het geven van informatie of uitleg aan de cliënt. Op trap twee situeert men het bevragen van de mening of de

perceptie van de cliënt met betrekking tot bepaalde onderwerpen. Het cliëntenperspectief wordt in kaart gebracht, maar de hulpverlener beslist of, en hoe, zij (hij) hier rekening mee houdt. Op de derde trap van de ladder zullen cliënt en hulpverlener samen iets ondernemen, bijv. een project opzetten. Op dit niveau krijgen cliënt en hulpverlener een evenwaardige rol en beiden nemen gelijkwaardig deel aan de besluitvorming. Tenslotte, en dit is de laatste trap in de participatieladder, kunnen cliënten zelf de touwtjes in handen nemen en zelf bijvoorbeeld eigen initiatieven uitbouwen. Ze doen dit onafhankelijk van de hulpverleners. In het Verenigd Koninkrijk spreekt men dan over de zogenaamde 'service-user-led organisations' of 'carer-led organisations'. In Groot-Brittannië beschouwt men een voorziening 'cliëntgeleid' of 'mantelzorggeleid' wanneer 51 % van de verkozen of aangewezen leden van het management van de organisatie een status hebben van cliënt of mantelzorger (Laurie et al, 2006).

Het begrip participatieladder zou kunnen laten vermoeden dat ieder niveau van participatie duidelijk gemarkeerd kan worden. In werkelijkheid is dit evenwel niet zo. Vandaar dat men soms ook spreekt van het participatiecontinuüm (Hickey, G. & Kipping, C. 1998). In dit concept situeert men ook concepten als 'klantgerichtheid' en 'democratisering'. Klantgerichtheid kan op het éne uiteinde van het continuüm geplaatst worden en een sterk accent op deze vorm van participatie correspondeert met trap één en twee van de participatieladder (de cliënt informeren, bevragen). Democratisering kan op het andere uiteinde van het continuüm geplaatst worden en een sterk accent hierop correspondeert met trap drie en vier van de participatieladder (effectief samenwerken, cliënt neemt voortouw en stuurt het proces).

1.4 Ervaringskennis - een ondergewaardeerde bron van kennis

1.4.1 Inleiding

Wanneer we cliënten laten participeren in stagefeedback van studenten, dan houden we rekening met hoe studenten patiënten ervaren en omgekeerd. Expliciete aandacht wordt gegeven aan de beleefde ervaring, het delen van deze ervaring en het reflecteren erover. Er wordt vertrokken vanuit de vooronderstelling dat het meenemen

van de ervaringen van cliënten intrinsieke waarde heeft. Vooraleer hier verder op in te gaan, is het zinvol stil te staan bij hoe deze begrippen geoperationaliseerd worden in de literatuur.

1.4.2 Begripsomschrijving

Naast opleidingskennis (kennis en deskundigheid verworven door een opleiding), is er ervaringskennis. “De ervaring die opgedaan wordt door van dag tot dag te functioneren, zijn en handelen in een bepaalde situatie, met een bepaalde gegevenheid is de bron van de ervaringskennis” (Van Haaster, H., & Van Wijnen, A., 2005, p.15). Ervaringen kunnen zich ontwikkelen tot een bron van kennis als er sprake is van reflectie. Dit veronderstelt een nadenken, een doorleven en afstand nemen van de ervaring. Het impliceert ook dat wat stil en verzwegen was, expliciet gemaakt wordt. Dat betekent dat er in de één of andere vorm, in woord, beeld, muziek of gebaar, uitdrukking aan de eigen ervaring gegeven wordt. Ook moet er sprake zijn van een uitwisseling van ervaringen, zodanig dat anderen met vergelijkbare ervaringen deze ervaring kunnen herkennen en erkennen, om die vervolgens, al reflecterende op eigen ervaringen, in het eigen handelen te gebruiken (Van Haaster, H., 2005). Cliënten kunnen op basis van hun ervaringen ervaringskennis ontwikkelen. Op basis van deze ervaringskunde en in relatie met andere lotgenoten kunnen ze een ervaringsdeskundigheid opbouwen. Vanuit de ervaring van patiënt zijn, zorg krijgen, leven met een psychische kwetsbaarheid, geconfronteerd worden met waarden en normen jegens je ziekte, problematiek of handicap kan men een bepaalde vorm van kennis ontwikkelen. Ervaringskennis is verbonden met de sociale rol en positie die men tijdens de ervaring inneemt. De gemeenschappelijke ervaring van patiënt te zijn bijv. kleurt de ervaring en geeft er inhoud aan. Naarmate men in staat is deze kennis een plaats te geven in zijn leven bouwt men geleidelijk meer en meer ervaringskunde op. Wanneer een patiënt uiteindelijk de eigen ervaringskunde actief kan benutten om anderen te helpen, spreekt men van ervaringsdeskundigheid (Van Haaster, H., & Van Wijnen, A., 2005).

De Jonge (2006), ervaringsdeskundige GGZ Groningen, omschrijft ervaringskennis als eerste hands kennis, die tijd-, plaats- en persoonsgebonden is. Wetenschappelijke kennis omschrijft ze als tweedehandskennis. Het is geobjectiveerde kennis en losgekoppeld van tijd, plaats en persoon. De aanwijzing eerstehands- en

tweedehandskennis hebben in het discours van De Jonge zeker een politieke, en wellicht ook een polemische lading.

1.4.3 Ervaringsdeskundigheid als kennisbron in de gezondheidszorg

Ervaringskennis was lange tijd een vorm van kennis die onvoldoende gewaardeerd werd in de gezondheidszorg en in het wetenschappelijk onderzoek. In 1995 werd hierover een selectieve review van de beschikbare literatuur gepubliceerd met als titel de verbale en non-verbale communicatie tussen verpleegkundige en patiënt (Jarrett, N., & Payne, S., 1995). Het artikel legt enkele pijnpunten bloot, wanneer er in de zorg onvoldoende rekening gehouden wordt met het ernstig nemen van de ervaringswereld van de patiënt. Het niet bevragen van het patiëntenperspectief leidt ertoe dat veronderstellingen worden gemaakt over de percepties die patiënten hebben over hun ziekte-toestand. Verder wordt de communicatie tussen patiënten en verpleegkundigen vooral door verpleegkundigen geïnitieerd. 'Kalme momenten' worden niet benut om meer gesprekstijd aan te gaan met patiënten. Dat de verpleegkundige-patiëntrelatie ook medebepaald wordt door de patiënt, wordt grotendeels genegeerd en haar (zijn) invloed in de relatie wordt onvoldoende gehonoreerd (Morse, J.M., 1991). Dat de patiënt ook expert kan zijn van eigen conditie en een hoog niveau van expertise kan bereiken, wordt aldus minder erkend (Jarrett, N., & Payne, S., 1995).

Het besef dat ervaringskennis intrinsieke waarde in zich draagt, heeft ertoe geleid dat zowel in de zorgverlening als in het wetenschappelijk onderzoek deze vorm van kennis meer gevaloriseerd werd. Tenslotte leert de literatuur ons ook dat ervaringsdeskundigen zelf mee op de bres gaan staan en hun ervaringskennis promoten in functie van het bewerkstelligen van een betere gezondheidszorg. Deze drie punten worden nu verder uitgediept.

De grotere waardering voor de ervaringskennis komt ondermeer tot uiting in de geestelijke gezondheidszorg, waar het rehabilitatiedenken bijvoorbeeld duidelijk aan invloed wint. In de rehabilitatiemethodiek staat de participatie van de cliënt in de behandeling centraal: de cliënt de regie teruggeven, vertrekken vanuit het referentiekader van de cliënt, werken met de gezonde delen, leren omgaan met de eigen kwetsbaarheid zijn enkele belangrijke elementen van deze methodiek. Bij

rehabilitatie staat niet het gebrek van de cliënt of het beschermende systeem rond de cliënt centraal, wel de ideeën en activiteiten van de cliënt die zijn eigen leven wil vorm geven. Het begrip rehabilitatie staat voor een actieve benadering van het leven met een handicap. Cliëntenparticipatie is een basisvoorwaarde om aan rehabilitatie te doen (Rush, B., 2004).

In het wetenschappelijk onderzoek zien we vooral in Nederland (bijv. ZonMw) en Engeland (bijv. INVOLVE) dat er meer aandacht ontstaat voor het cliëntenperspectief. Onderzoek, zorg, preventie en beleid zijn pas effectief wanneer zij rekening houden met verschillen in een groep (diversiteit) en aansluiten bij de behoeften van de gebruikers (patiëntenperspectief) (Boland, T.B., Klinge, I., Bosch, M., 2005). In de traditionele visie is de patiënt bovenal object van onderzoek. Zij (hij) wordt minder geacht eraan mee te werken. Op die manier wordt genegeerd dat patiënten een belangrijke rol kunnen spelen in alle fases van de onderzoeksproces. Vanuit de inbreng van patiënten kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden dat vooral onderzoek gedaan wordt naar problemen die er vanuit het patiëntenperspectief écht toe doen. Onderzoekers kunnen meer rekening houden met de informatiebehoeften en de mogelijke belasting die het onderzoek voor de betrokken patiënten met zich meebrengt. Wanneer de resultaten verspreid worden, dan kunnen patiënten ervoor zorgen, dat de onderzoeksresultaten ook terecht komen bij de cliënten en onder een vorm die voor hen toegankelijk is (Smit et al, 2006). Vandaar de toenemende aandacht om patiënten als co-researchers te laten participeren. Wanneer participanten zowel participant als onderzoeker zijn, spreekt men in de literatuur over 'participatory action research' (Hostick, T., 1998). Voor cliëntenorganisaties kan deze vorm van onderzoek een middel zijn om meer zeggenschap te verkrijgen in het wetenschappelijk onderzoek. Vanuit hun sterke binding met de cliënten die ze vertegenwoordigen, kunnen ze het cliëntenperspectief scherper naar voor brengen (Bernett, L. & Baikie, K., 2003).

Ervaringsdeskundigen zelf promoten actief het inzetten van ervaringsdeskundigheid in de gezondheidszorg. Zo zijn er in Nederland de HEE-programma's (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). Dit zijn cliëntgestuurde herstelprogramma's voor mensen met een psychische handicap. In een recente publicatie werden ervaringsverslagen van ervaringsdeskundigen gebundeld in een cahier (Boevink, W., Plooy, A., & Van Rooien, S., 2006). Deze auteurs stellen de vraag of de traditionele hulpverlener wel afdoende toegerust is om mensen te ondersteunen

in hun herstel. Ze pleiten voor ervaringsdeskundige docenten. In het onderwijs moeten onderwerpen centraal staan als bejegening, respectering van culturele identiteit, ondersteuning in rechten, vertrouwdeheid met stigmabestrijding, kennis van verschillende behandelvormen en herstelprincipes, kennis van wet- en regelgeving en van voorzieningen op het gebied van financiën, werk en scholing. Toewerken naar presentie, cliënten helpen bij het maken van het eigen verhaal en het terughoudend gebruik van hulpverleningstechnieken omschrijven ze als belangrijke elementen om herstel te bewerkstelligen. Ze relativeren dan ook de rol die hulpverleners opeisen in het herstel van cliënten. Lotgenoten en mensen uit het eigen netwerk spelen in dit hele proces vaak een veel belangrijker rol. De effectiviteit van deze programma's wordt door het Trimbos-instituut momenteel onderzocht (Boevink, W. et al, 2006).

Tezelfdertijd wordt er ook kritiek gehoord op de aanspraken van de ervaringsdeskundigen. Met name wordt gewezen op het gebrek aan representativiteit van de patiëntenorganisaties, waarin vooral of uitsluitend 'empowerende' (maar ook minder ernstig zieke patiënten) patiënten een rol spelen. Het gevaar wordt gesignaleerd dat deze personen verwachtingen creëren over de eigen rol en verantwoordelijkheid van mensen met een chronische ziekte die voor sommigen eerder belastend dan bevorderlijk is. Bovendien blijkt het in discussies voor mensen met een chronische ziekte soms even moeilijk het standpunt en de beleving van medepatiënten te begrijpen als voor de hulpverleners. Ook voor hen geldt dat de andere nog steeds de vreemde blijft (Grypdonck, M., mondelinge communicatie).

1.5 Plaats van cliëntenfeedback in het klinisch onderwijs van studenten verpleegkunde

1.5.1 Inleiding

Klinisch onderwijs speelt een sleutelrol in het hedendaags verpleegkundig onderwijs. De verpleegkundige opleiding is immers een beroepsgerichte opleiding. Klinisch onderwijs en stage vormen een belangrijke toetssteen om te bepalen of iemand de noodzakelijke competenties bezit om het als verpleegkundige waar te maken. Adequate klinische beoordeling van de student in de praktijkstage is in deze context dan ook een belangrijk gegeven met belangrijke gevolgen voor alle betrokken partijen.

Voor de student draagt ze bij tot meer 'zelfwaarde'. Patiënten worden beschermd tegen 'onveilig' (in de ruime betekenis van het woord) handelen. Praktijkdocenten kunnen dan weer (al of niet rechtmatig) gerechterlijk vervolgd worden, wanneer een student ten onrechte een onvoldoende krijgt (Mahara, M.S.,1998).

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij assessmentvormen die relevant zijn voor het klinisch leerproces van de student. Enkele kritische beschouwingen worden gegeven op de klinische praktijkbeoordeling van studenten verpleegkunde. Tenslotte wordt cliëntenfeedback gesitueerd in het assessmentgebeuren.

1.5.2 Plaats van 'klinische evaluatie' in het totale assessmentgebeuren

1.5.2.1 Definiëring

Assessment kan omschreven worden als het verzamelen en interpreteren van informatie over de prestaties van een student (Vermetten,Y., Daniëls, J. & Ruijs, L, 2001). Volgens dezelfde auteurs is assessment afgeleid van het Latijnse 'ad sedere': zich ergens naast zetten, op gelijke hoogte gaan zitten of ondersteunen. De implicatie van de etymologie is dat assessment primair te maken heeft met het geven van begeleiding en feedback aan de lerende.

In de Angelsaksische literatuur worden de termen *assessment* en *evaluation* in verschillende betekenissen gebruikt. Zo verwijst de term *assessment* in de Engelse literatuur naar het toetsen en beoordelen van de prestaties van de student, terwijl de term *evaluation* voornamelijk gebruikt wordt voor het evalueren van de kwaliteit van onderwijs en onderwijsomgeving (Vermetten,Y., Daniëls, J. & Ruijs, L, 2001).

1.5.2.2 Vormen van assessment

Mahara (1998) (Mahara, M.S.,1998) omschrijft klinische evaluatie als een specifieke toepassing van 'evaluatie', waarbij op systematische en objectieve manier zowel waarde en betekenis toegekend wordt aan wat gerealiseerd werd, maar ook aan het proces dat hiertoe heeft geleid. In de assessmentliteratuur spreekt men in dit verband van procesevaluatie en productevaluatie (Vermetten, Y. et al, 2001). Bij

procesevaluatie gaat het er om dat de student voortdurend zijn eigen ontwikkeling kan bijsturen. Deze vorm van assessment onderscheidt zich van productevaluatie, waar het uitspreken van een eindoordeel over de student centraal staat.

Een beoordeling kan vooraf, tijdens of na het onderwijsleerproces plaatsvinden. Vooraf meten kan de voorkennis in kaart brengen - wat heeft de student al geleerd, en beschikt zij (hij) over voldoende voorkennis bijv. om de stage aan te vatten. Meten tijdens het leerproces wordt ook wel *continuous assessment* genoemd (Neary, M., 2000). Deze vorm van assessment zal veelal een formatieve functie hebben, terwijl het meten aan het einde van een leerproces meestal een meer summatieve functie heeft. Zo een portfolio bijgehouden wordt, waarin ook de stageactiviteiten vastgelegd worden, dan heeft dit ook het karakter van een 'continuous assessment'. Doordat het de bedoeling is van een portfolio dat de student op de eigen ontwikkeling reflecteert, heeft de portfolio evenwel een meer formatieve functie. Het leren leren wordt op die manier bevorderd (Tiwari, A., Lam, D., Yuen, K.H., Chan, R., Fung, T., & Chan S., 2005).

Onder invloed van ontwikkelingen op vlak van informatie- en communicatietechnologie, de snel evoluerende kennismaatschappij (geleerde kennis veroudert snel), de evolutie naar 'competentiegericht leren' en gewijzigde inzichten over het leerproces (Mahara, M.S., 1998), worden ook steeds nieuwere vormen van assessment gebruikt in onderwijsomgevingen (en ook in het verpleegkundig onderwijs), zoals *portfolio-assessment*, *self-*, *peer-en co-assessment* en *performance assessment*. Daarnaast worden in organisaties twee assessmentsvormen veel gebruikt, namelijk 360 graden feedback en 'assessment en developcenters'⁶.

Voor het klinisch praktijkonderwijs is portfolio-assessment, self-, peer- en co-assessment en 360 graden feedback van belang.

Een portfolio is een door de student in de loop van de tijd zorgvuldige samengestelde verzameling van bewijsmateriaal die aantoont wat hij of zij geleerd heeft. Het bewijsmateriaal van het portfolio kan bestaan uit producten, werkstukken, beoordelingsrapporten, video-opnames, enz. Portfolio's worden veelal gebruikt in combinatie met zelfbeoordeling, in functie van het stimuleren van de eigen ontwikkeling (Vermetten, Y. et al, 2001).

⁶ Een assessment center is een specifieke leeromgeving, waarbij aan de hand van praktijksimulaties relevant gedrag wordt opgeroepen dat vervolgens wordt beoordeeld door meerdere getrainde observatoren (Vermetten, Y. et al, 2001). (In de marge van deze scriptie wordt hier niet verder op ingegaan)

Bij *self-assessment* toetsen de studenten zichzelf. Dit kan gebeuren bij aanvang van een leereenheid, gedurende de leereenheid of bij het afsluiten ervan.

Bij *peer-assessment* zijn het de medestudenten die elkaar beoordelen.

Bij *co-assessment* bepalen de docent en student samen de criteria waarop beoordeeld zal worden. Ze evalueren ook samen. De docent heeft wel de uiteindelijke beslissingsmacht.

360 graden feedback wordt ook wel *multi-rater feedback* genoemd. 360 graden feedback is een methode die inzichtelijk maakt hoe iemand zelf vindt dat hij functioneert en hoe anderen dat waarnemen. Dat gebeurt door iemand zichzelf met een vragenlijst te laten beoordelen, en diezelfde vragenlijst aan anderen voor te leggen. Voor studenten zijn mogelijke anderen dan medestudenten, een docent, een praktijkbegeleider. Het doel is tweeledig. In de eerste plaats geeft deze methode feedback van relevante anderen uit de praktijksituatie. Het tweede doel ligt op het vlak van leren reflecteren op de eigen competentieontwikkeling. In die zin kan deze feedbackvorm gezien worden als een hulpmiddel om meta-vaardigheden (het leren leren) te ontwikkelen (Schultz, D., & Schultz, S.E., 2006). Kenmerkend voor de geciteerde nieuwere assessmentsvormen, is dat ze van de student een actieve betrokkenheid vragen, er wordt een groter beroep gedaan op zelfreflectieve vaardigheden, zelfverantwoordelijkheid en de toetsing ligt niet langer exclusief in handen van de docent.

1.5.2.3 Aassessment in het verpleegkundig klinisch onderwijs

Doelstelling van 'klinische evaluatie' is niet alleen studenten informatie (feedback) te geven over 'waar ze staan in hun leerproces', maar ook ervoor te zorgen dat de standaarden voor zorg gehandhaafd blijven (Norman et al, 2002). Interessant is hierbij de vraag in welke mate de evaluatie ook effectief bijdraagt tot deze doelstellingen, en via welke instrumenten. Reflecteert de toegepaste evaluatievorm ook de visie op wat een psychiatrisch verpleegkundige moet kennen, kunnen, zijn?

De literatuur leert ons alvast om met de nodige voorzichtigheid naar dit thema te kijken. Zo blijkt er een grote variatie te bestaan aan evaluatieinstrumenten (Robb, Y., Fleming, V., & Dietert, C., 2002) en evaluatiemethodes ((Calman et al, 2002). De gebruikte instrumenten en methodes blijken daarenboven ook niet altijd voldoende betrouwbaar

en valide te zijn. Ze variëren sterk qua inhoud en vorm van opleiding tot opleiding. Ook zijn ze niet altijd gebruiksvriendelijk, waardoor het invullen ervan als een last ervaren wordt (Calman et al, 2002).

Wanneer percepties van studenten verpleegkunde bevraagd worden met betrekking tot dit thema, dan is hun ervaring dat het in een evaluatie soms teveel gaat over hoe goed iemand wel of niet 'past' in het team. Ook stellen de studenten zich de vraag of er bij teamleden wel afdoende éénsgezindheid en betrouwbaarheid is in verband met de 'beoordeling van de klinische competentie' van de student (Calman et al, 2002). Het actief participeren van mentoren in de klinische beoordeling van studenten wordt dan weer als een meer objectieve evaluatie aanzien. Maar wanneer het assessmentsgebeuren verengd wordt tot de mentor-student-observatie, dan moet rekening gehouden worden met het risico van observatiebias (Norman et al, 2002).

De klinische stagepraktijk kan men beschouwen als een multidimensioneel gegeven, dat bepaald wordt door multiple variabelen. Afdelingsgerelateerde factoren spelen een rol. Denken we hierbij aan het al of niet hebben van een coherente afdelingsvisie op stagebegeleiding, de afdelingscultuur en het afdelingsklimaat, de mentortoewijzing en het borgen van continuïteit hierin. Ook opleidingsgerelateerde factoren behoeven aandacht: de organisatie van de stage, de voorbereiding op de stage, stagebegeleiders met afdoende klinische competenties, enz. Tenslotte moet een goede afstemming bereikt worden tussen het opleidingsinstituut en de stageplaats. Dit kan bijv. door het betrekken en ondersteunen van mentoren in alle fases van het stagegebeuren; (Neary, M.,2000) ; (Wilson-Barnett et al, 1995) ; (Dolan, G., 2002).

Het in kaart brengen van de klinische competenties van een student zal alleen dan goed gebeuren, wanneer verschillende methodes gebruikt worden om de nodige data bij elkaar te brengen (Mahara, M.S.,1998) ; (Norman et al, 2002). Het betrekken van patiënten (cliënten) in de beoordeling van studenten kan vanuit dit perspectief dan ook een belangrijk toekomstig onderzoeksdomein worden. Onderzoek in dit gebied heeft immers reeds aangetoond dat patiënten 'scherpzinnig' kunnen observeren wat klinische zorg betreft (Norman et al, 2002).

1.5.3 De mogelijke bijdrage van patiënten in het assessmentgebeuren van de student

Er is slechts beperkte literatuur voorhanden waarin de actieve (educatieve) bijdrage van patiënten in het evaluatieproces van individuele studenten verpleegkunde onderzocht werd (Suikkala, A., Leino-Kipli, H., 2005). Onderzoekers gaven tot nog toe vooral aandacht aan het exploreren van voorwaarden, belemmeringen of percepties met betrekking tot implementatie van cliëntenfeedback in stage van studenten verpleegkunde (zie volgende paragraaf).

In één artikel wordt ook de impact van cliëntenfeedback op het leren van student verpleegkundigen onderzocht. De gemengde kwantitatieve en kwalitatieve bevraging richtte zich tot een groep studenten (en niet tot één specifieke student) die in een voorbije tijdsperiode van drie weken op stage stonden op een psychiatrische afdeling (Morgan, S., & Sangarran, R., 1997). In dit onderzoek gaven cliënten aan positief en welwillend te staan naar het geven van feedback op het leerproces van de student. De steun van de mentorverpleegkundige in het hele proces was hierbij essentieel. Haar taak bestond erin duidelijkheid te geven over wat van de cliënt verwacht werd, direct beschikbaar te zijn voor eventueel advies en bij het afronden ook een moment van 'debriefen' in te bouwen (Twinn, S.F., 1995). Wel ervaren patiënten het soms als moeilijk om negatieve feedback te geven aan studenten (Twinn, S.F., 1995). Ook ervaren ze bij de beoordeling een gemis naar de noodzakelijk geachte professionele achtergrond (Suikkala, A., Leino-Kipli, H., 2005). Van een overgrote meerderheid van de studenten krijgen ze hier nochtans wel het mandaat toe, mits de cliënten ook afdoende 'competent' zijn om dit mandaat op te nemen (Morgan, S., & Sangarran, R., 1997). Wat hiermee bedoeld wordt, wordt niet nader omschreven.

1.6 Cliëntenparticipatie in het psychiatrisch verpleegkundig onderwijs - mogelijkheden en beperkingen

1.6.1 Inleiding

In de praktijk zijn meer voorbeelden te vinden van het betrekken van cliënten in de opleiding geneeskunde dan in de opleiding verpleegkunde. De participatie kan

verschillende vormen aannemen: het voor de klas staan en het brengen van het eigen verhaal tot het samen met andere ervaringsdeskundigen, het uitwerken van een toneelstuk, het meewerken aan curriculumontwikkeling, het ingeschakeld worden in vaardigheidstraining, samen met studenten reflecteren over praktijksituaties, mee vorm geven aan een project met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg, het ontwikkelen van leermateriaal (video, casuïstiek, enz.) (Tew, J., Colin, G., & Foster, S., 2004).

In het klinisch onderwijs kan cliëntenparticipatie ondermeer gestalte krijgen door bijvoorbeeld cliënten in te schakelen in de beoordeling van studenten (Norman et al, 2002) ; (Tew et al, 2004).

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de literatuur die cliëntenparticipatie in het onderwijs (en het klinisch onderwijs in het bijzonder) doorlicht. Er wordt stilgestaan bij de meerwaarde ervan, maar ook bij de beperkingen en de randvoorwaarden die vervuld moeten worden. Zoveel als mogelijk worden verbanden gelegd met cliëntenfeedback in het klinisch onderwijs van studenten psychiatrische verpleegkunde.

1.6.2 Meerwaarde van cliëntenparticipatie in het onderwijs

Het leren kijken vanuit perspectief van de cliënt wordt in veel onderzoek expliciet geciteerd als een belangrijk pluspunt (Bennet et al, 2003) ; (Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., & Ruud, T. , 2004) ; (Repper J., & Breeze, J., 2004) ; (Tew et al, 2004). Cliënten brengen immers hun eigen directe, unieke ervaring in, hun verhaal is levensecht (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005). Hun ingebrachte ervaring is van die orde dat het direct relevant is voor de praktijk (Barnes et al, 2006). De cliënt als persoon wordt in de schijnwerper geplaatst en niet alleen de cliënt als zorgvrager (Barnett et al, 2003). Het onderzoek van Ahuja et al (2005) (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005) geeft aan dat studenten geneeskunde die 'cliënten als docent' hadden, meer empathie betoonden en een grotere gevoeligheid hadden voor stigmatisering, die vaak met psychiatrische problematiek samengaat. Dezelfde bevindingen komen ook voor in het onderzoek van Wood, J., & Wilson-Barnett, J. (1999) op het terrein van de psychiatrische verpleegkunde.

Op vlak van attitudes draagt cliëntenparticipatie in het verpleegkundig onderwijs bij tot een grotere cliëntgerichtheid. 'Gelijkwaardigheid als principe' wordt dichterbij de student gebracht (Le Var, R.M.H., 2002). Participatie van cliënten in de zorg vermindert

het idee bij de hulpverlener 'de expert' te moeten zijn. (Repper J., & Breeze, J., 2004). Zoemen we wat meer in op het klinisch onderwijs in de verpleegkunde, dan kan het betrekken van cliënten ervoor zorgen dat studenten op een dieper niveau cliënten begrijpen en een hogere status toekennen aan de cliënt (Bernett, L. & Baikie, K., 2003) ; (Frisby R., 2001). Cliënten brengen niet alleen hun eigen ervaringen in, ook hun beoordeling van de zorg geven ze mee (Barnes et al, 2006). Omgekeerd kan feedback van cliënten ertoe leiden dat studenten zich meer bewust worden van hun eigen gedrag. In veel curricula van hogescholen is een verpleegkundige die zich bewust is van haar (zijn) gedrag, goed in contact staat met haar (zijn) eigen emoties en eigen kwetsbaarheid, niet alleen een belangrijke competentie van psychiatrisch verpleegkundigen, het zijn ook kwaliteiten die cliënten erg waarderen (Forrest, S., Risk, I., Masters, H., & Brown, N., 2000).

Voor de cliënt kan het betrokken worden een empowerend effect hebben (versterking van het zelfbewustzijn door het beluisterd worden, het meetellen, het erkenning krijgen). Het biedt de patiënt de mogelijkheid iets terug te kunnen doen. Door de cliëntenparticipatie kunnen ook nieuwe vaardigheden geleerd worden (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005). Het maakt haar (hem) tot een effectieve partner in de opleiding. In plaats van een passieve rol in te nemen in het onderwijs (bekeken worden als diegene met symptoom x of y), krijgt zij (hij) nu een actieve rol toebedeeld. Het onderzoek van Stacy en Spencer (1999) toont in dat verband aan dat cliënten die ingeschakeld werden in een tweejarig durend project van cliëntenparticipatie in de artsenopleiding niet alleen tevreden waren met de toebedeelde rol, maar dat ook hun relatie met hulpverleners erop vooruitging. In het kwalitatief onderzoek van Lindy Miller en Rachel Waters (2006) 'Redressing the balance', werden veertig cliënten via focusinterviews verwerkt met inhoudsanalyse volgende vragen gesteld: (1) Welke rol schrijft u zichzelf toe in de vorming van verpleegkundigen? (2) In welk stadium ziet u vooral uw rol? (3) Wat is nodig aan steun, voorwaarden opdat u deze opdracht ook effectief kan volbrengen? De bevraging leerde dat de machtsongelijkheid tussen cliënt en zorgverlener voor cliënten een gevoelig thema is. Volgens de bevroagde cliënten kunnen opleidingscentra voor verpleegkundigen op dit domein heel wat doen. Niet alleen door gebruikers van zorg integraal te betrekken in alle aspecten van het verpleegkundig onderwijs (en ook in de klinische praktijkstage), maar ook door studenten ervaringen aan te bieden, zodat hij of zij de cliënt kan zien als 'echte mensen', met een eigen uniciteit, in plaats van behorend tot een bepaalde categorie van psychisch zieken.

1.6.3 Bezwaren naar cliëntenparticipatie

Als men cliëntenparticipatie in de praktijk een kans wil geven, dan moeten op ethisch, methodologisch en onderwijskundig vlak enkele aspecten in rekening worden gebracht. Ook de afdelingscultuur en overwegingen van praktische aard moeten nader onderzocht worden. Tenslotte moet met alle betrokken partners in het volledige proces afdoende rekening worden gehouden (Hickey, G., & Kipping, C., 1998).

1.6.3.1 *Ethische bekommernissen*

Op ethisch vlak dient men zich af te vragen of cliënten wel voldoende mogelijkheid hebben het participeren te weigeren als ze dit willen (Livingston, D., & Cooper, C., 2004). Cliëntenparticipatie mag niet opgedrongen worden. Sommige cliënten willen ook niet actief deelnemen aan besluitvormingsprocessen (Hickey, G. & Kipping, C., 1998). Ze zijn van oordeel dat hulpverleners de kennis en deskundigheid hebben om de juiste beslissingen te nemen. Ook kan geargumenteed worden dat cliënten met psychiatrische problematiek niet gebukt mogen gaan onder de last en verantwoordelijkheid van het beoordelen van studenten (Forrest et al, 2000). Anderzijds is het dan weer zo dat cliënten actief willen betrokken worden in hun eigen zorg (Morgan, S., & Sangarran, R., 1997). Het iets kunnen betekenen, het iets kunnen terugdoen kan ook heilzaam zijn en hierbij het hanteren van de eigen problematiek bevorderen (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005). Ook Livingston en Cooper (2004) geven in hun literatuuronderzoek met betrekking tot cliëntenparticipatie aan dat het betrokken worden van cliënten in het examineren van 'in opleiding zijnde psychiaters' voor de éne cliënt stresserend was, maar voor de andere juist therapeutisch. Ten opzichte van de student is eveneens een zorgzaam ethisch handelen nodig. De 'eigen agenda' van de patiënt kan te sterk centraal komen te staan, afdoende veiligheid en vertrouwen moet gewaarborgd worden (Mcandrew, S., & Samociuk, A., 2003).

1.6.3.2 Onderwijskundige bekommernissen

Ook op onderwijskundig vlak zijn er een aantal hindernissen die overwonnen moeten worden bij het invoeren van cliëntenparticipatie.

Voorkomen moet worden dat studenten 'disempowerd' worden (Forrest et al, 2000). Teveel invloed toedichten aan 'een' (de) cliënt in het evaluatieproces kan meebrengen dat studenten in de gunst proberen te staan van cliënten, om zo een positieve stage-evaluatie te bekomen. Verder kan men ook de representativiteit van de cliënt ter discussie stellen, wat repercussies zal hebben op het betrouwbaarheidsgehalte van wat de cliënt aanbrengt. Er bestaat immers geen standaarddefinitie van 'de cliënt'. Mensen en ook patiënten zijn divers; ze verschillen in biologisch, cultureel en sociaalpsychologisch opzicht van elkaar. Ook verschillen mensen naar culturele herkomst, leeftijd en sociaal economische status. Vanuit de literatuur blijkt dat representativiteit in het debat van cliëntenparticipatie altijd een heet hangijzer is (Felton, A., & Stickley, T., 2004). Selectiecriteria hanteren naar wie wel betrokken wordt en wie niet kan een oplossing lijken. Toch resulteert dit al gauw in een uitselcteren van de cliëntenpopulatie. Er wordt enkel nog gewerkt met een select groepje cliënten, wat ten koste gaat van het empoweren van alle cliënten en indirect ook de representativiteit van de beoordeling weer in het gedrang brengt (Forrest et al, 2000) (Morgan, S., & Sangarran, R., 1997).

Men kan zich de vraag stellen of het niet veeleer gaat om 'perspectieven' dan om 'representativiteit'. Iedere patiënt brengt feedback aan vanuit zijn uniek perspectief. Bewaken dat een brede range van perspectieven aangebracht wordt kan het vertekend effect van representativiteit opheffen (Hanley et al, 2004).

Bij het betrekken van patiënten in stagefeedback aan studenten, is het bij de selectie ook belangrijk rekening te houden met beperkingen en of weerstanden. Een beperking kan bijv. 'geheugenproblemen' zijn, waardoor cliënten zich bepaalde situaties niet meer kunnen herinneren. Weerstanden treden dan eerder wanneer een cliënt niet kan zeggen wat hij of zij werkelijk denkt (Ager, W., 2005).

1.6.3.3 Bekommernissen vanuit cliëntenorganisaties

Vanuit het perspectief van de cliënt dringen organisaties die de belangen van cliënten verdedigen (bijv. MIND⁷ (Verenigd Koninkrijk)) erop aan dat cliënten ernstig genomen worden in hun inbreng. Cliënten moeten van bij de start als volwaardige partner betrokken worden in het proces (Tew et al, 2004). In hun praktijkgids 'learning from experience' breken Tew, Gell en Foster (2004) een lans voor een volwaardig partnershipmodel. Volwaardige partner zijn betekent volgens deze auteurs dat cliënten volwaardig beluisterd en erkend worden in hun inbreng. Dit impliceert dat ze bijvoorbeeld ook betaald worden voor de geleverde dienst. Het betekent ook dat er rekening gehouden wordt met de belasting die cliëntenparticipatie met zich kan meebrengen, ook voor de cliënt zelf. Cliënten moeten daarom altijd geconsulteerd worden over hoe ze willen betrokken worden. Cliënten horen goed voorbereid te worden op wat van hen verwacht wordt. Er moet rekening gehouden worden met hun kwetsbaarheid. Zo missen cliënten soms voldoende zelfvertrouwen, ze kunnen afgeschrikt worden door het vakjargon dat gebruikt wordt, ze kunnen ook kennistekort hebben op vlak van onderwijskundige vaardigheden.

In het Verenigd Koninkrijk en Ierland heeft de opleiding sociaal hoger onderwijs reeds enige ervaring met cliëntenfeedback. In opdracht van SCIE⁸ verzamelde Ager (2005) gedurende twee academiejaren de ervaringen van cliënten en mantelzorgers die betrokken waren in cliëntenfeedback van studenten sociaal hoger onderwijs. Het rapport onderstreepte het belang van toe te werken naar een goede voorbereiding op het bevragen van cliëntenfeedback. Analfabetisme kan bijv. een probleem zijn, wanneer van cliënten verwacht wordt checklists in te vullen. Ook kan er onduidelijkheid zijn over wat precies van de cliënten verwacht wordt (Ager, W., 2005).

Ook andere publicaties bevestigen de geciteerde bevindingen. Daarnaast worden nog andere punten benadrukt: het hanteren van een klare en verstaanbare taal, een vraagstelling geënt op het cliëntenperspectief (Laurie et al, 2006), het ontwikkelen van

⁷ MIND staat voor 'National Association for Mental Health'. MIND is een organisatie, actief in Engeland en Wales, die de belangen behartigt van mensen met een psychiatrische problematiek. Voor meer info, zie ook www.mind.org.uk

⁸ SCIE staat voor 'Social Care Institute for Excellence'. SCIE is een Britse overheidsorganisatie, opgericht in 2001. SCIE stelt zich tot doel de sociale dienstverlening in het Verenigd Koninkrijk te verbeteren. Voor meer info, zie ook: <http://www.scie.org.uk>

creatieve methodes in het ontlokken van de cliëntenfeedback op maat van de doelgroep (zoals bijv. gebruik maken van ‘gezichtjes die lachen of sip kijken’, het werken met numerieke kaarten, enz.) (Duffy, J., 2006).

In het domein van de psychiatrische verpleegkunde vermelden we een nog lopend pilootproject aan de universiteit van Nottingham onder de naam ‘PINE⁹’ (2005). In een eerste fase werd *samen* met cliënten een evaluatie-instrument ontwikkeld voor studenten psychiatrische verpleegkunde. Dit instrument wil die kennis, vaardigheden en attitudes toetsen, die door cliënten als belangrijk naar voor geschoven worden. In de tweede fase wordt het project nu uitgetest bij een groep van 20 studenten verpleegkunde. Via een vijfpunt-likertschaal (+ die tevens de mogelijkheid biedt om nog extra feedback toe te voegen) wordt de cliënt uitgenodigd de student te beoordelen op vijf domeinen: kennis, communicatievaardigheden, attitude, zelfbewustzijn en persoonlijke ontwikkeling. De bevindingen van dit project zullen eind 2007 gepubliceerd worden.

1.6.3.4 *Bekommernissen met betrekking tot ‘zorgvisie en professionele cultuur’*

Een volwaardig partnershipmodel zal ook alleen maar gerealiseerd worden als de afdelingsvisie hier op aansluit. De afdeling moet een zorgvisie hanteren die appelleert op de veerkracht en de mogelijkheden van de cliënt. Een paternalistische afdelingsvisie, waar veel ‘voor’ de cliënt gebeurt, maar weinig ‘met’ hem of ‘door’ hem, zal effectieve cliëntenparticipatie in de weg staan (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005). Hickey, G., & Kipping, C. (1998) stellen dat hulpverleners pas hun cliënten kunnen empoweren, wanneer ze zelf ‘empowerd’ zijn. De professionele cultuur zal bepalen of cliëntenparticipatie al of niet ingang vindt. Gezondheidswerkers moeten erin geloven dat cliënten valide, betekenisvolle uitspraken kunnen doen en dat hun ervaringen de moeite waard zijn om gehonoreerd te worden.

Cliëntenparticipatie zal makkelijker geïntegreerd worden in een afdelingsklimaat waar teamleden zich gewaardeerd en erkend voelen en waar er onbevangen en open met elkaar kan gesproken worden. Wanneer er kritiek komt bijvoorbeeld op hun handelen, is het belangrijk voor teamleden te bewaken dat ze deze kritiek niet onmiddellijk gaan

⁹ PINE staat voor ‘Participation In Nursing Education’

internaliseren door het als een 'in vraag stellen' te zien van hun eigen professionaliteit en competentie (Hickey, G. & Kipping, C.,1998). Ook voor onderwijskundigen kan het bestaande klimaat een negatieve invloed hebben op het invoeren van cliëntenparticipatie. Vanwege het nieuwe concept van cliëntenparticipatie kunnen initiatiefnemers zich geïsoleerd voelen. Ook kan het project als bedreigend ervaren worden voor de eigen beroepsstatus.

1.7 De verpleegkundige- en studentverpleegkundige-patiëntrelatie

1.7.1 Inleiding

Het direct en formeel betrekken van cliënten in stagefeedback van studenten zal van de verpleegkundige (en ook van de student) een goed hanteren vragen van de verpleegkundige-patiëntrelatie. In dit hoofdstuk wordt dan ook stil gestaan bij de factoren die deze relatie beïnvloeden.

1.7.2 De verpleegkundige-patiëntrelatie

Morse stelt dat de verpleegkundige-patiëntrelatie kan voorgesteld worden als een continuüm waar vier types van relaties onderscheiden kunnen worden: de klinische relatie, de therapeutische relatie, de betrokken relatie en de overbetrokken relatie (Morse, J.M., 1991). Aan de uiteinden van dit continuüm wordt de patiënt ofwel alleen in de patiëntenrol gezien (klinische relatie) door de verpleegkundige, ofwel alleen (en enkel alleen) als persoon (overbetrokken relatie). Zowel verpleegkundige als patiënt beïnvloeden via allerlei strategieën het tempo en het niveau tot hoever de relatie zich tussen hen beiden ontwikkelt. Zo kan de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt op afstand houden, door bijvoorbeeld geen vertrouwen te geven aan de patiënt. Wanneer de patiënt toch probeert contact te maken, kan de verpleegkundige de patiënt op afstand houden door hem (haar) te verdenken van heimelijke motieven. Deze reactie van de verpleegkundige kan dan weer de psychopathologie van de patiënt versterken en de paranoia bijv. doen toenemen. Onvoldoende tijd doorbrengen samen

met patiënten, veelvuldig wisselende zorgverleners, misbruik van 'in vertrouwen gegeven informatie', inconsistenties in de zorg beïnvloeden dit proces verder in negatieve zin. Recent kwalitatief onderzoek naar 'de perceptie van de rol van de psychiatrisch verpleegkundige door studenten psychiatrische verpleegkunde' laat zien dat psychiatrisch verpleegkundigen, voornamelijk wegens tijdgebrek, slechts een beperkt deel van hun tijd besteden aan de één op één relatie met de patiënt (Rungapadiachy, D.M., Madill, A., & Gough, B., 2004) ; (Edwards, G.,2000). Dit staat in contrast met de visie dat juist 'het dichtbij staan van de psychiatrische verpleegkundige en het therapeutisch hanteren van deze relatie' door de bevroagde studenten als een fundamenteel basisgegeven wordt gezien van de psychiatrische verpleegkunde. Ook Peplau gelooft dat de counselingrol de belangrijkste rol is van de psychiatrisch verpleegkundige. Juist vanuit het dagdagelijks in relatie staan met patiënten beschikken verpleegkundigen over een goudmijn aan kansen om de ervaring en het functioneren van patiënten in gunstige zin te beïnvloeden (Deproost in Abraham, I, & Peuskens, 1998).

Het onderzoek van Rungapadiachy et al (2004) leert ons verder dat studenten niet altijd voorbeelden zien van goed rolgedrag op hun stage. Wanneer verpleegkundigen zich vooral inlaten met het administratieve werk, kan dat volgens de betrokken participanten gezien worden als een coping-strategy, die deze verpleegkundigen moet beschermen tegen stresserende ontmoetingen met patiënten. Als deze visie doorgetrokken wordt naar studenten toe, dan impliceert dit dat men in de stagebegeleiding een veilig kader voorziet, waarin ervaringen, angsten, ervaren kennis- en of vaardigheidstekort in confrontatie met complexe psychosociale problematiek, kunnen doorgepraat worden (Melrose, S., & Shapiro, B., 1999) (Morrissette, P.J.,2004). Wanneer de verpleegkundige daarentegen de patiënt als persoon leert kennen, dan wordt het voor haar (hem) makkelijker om te handelen in het belang van de patiënt. Van de verpleegkundige vraagt dit vooral een reflectieve ingesteldheid en steeds weer opnieuw haar (zijn) handelen bij te sturen in functie van de reacties, het gedrag, de zelfzorgmogelijkheden en de wensen van de patiënt. Het kunnen delen van de eigen reflecties met de patiënt is hierbij essentieel om misinterpretatie te voorkomen. Een meer ervaren verpleegkundige fungeert dan als rolmodel voor minder ervaren verpleegkundigen en studenten (Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Plos, K.A.E., & Lindencrona, C.S.C., 2005). Ook andere teamleden spelen in dit proces een belangrijke ondersteunende rol. Via groepssupervisie kan een

verpleegkundige meer inzicht krijgen in zichzelf en in de processen die tussen haar (hem) en de patiënt afspeelen.

Wanneer we één en ander zien in de student-patiëntrelatie, dan wordt het uitbouwen van een faciliterende relatie een belangrijke doelstelling (Suikkala, A., Leino-Kipli, H., 2005). De faciliterende relatie onderscheidt zich van de autoritaire en de mechanische relatie. Ze wordt gekenmerkt door wederzijds respect, vertrouwen en gelijkwaardigheid. De patiënt wordt gezien als expert van zijn (haar) conditie en wordt actief betrokken in de zorg en de besluitvorming, voor zover zijn (haar) mogelijkheden dit ook toelaten. Patiënten zijn voor studenten in deze relatie een bron van leren wat betreft ziekte en zorggerelateerde items. Ook kunnen ze de student bemoedigen in zijn leerproces en subjectieve feedback aanbrengen. Dit sluit aan bij hoe patiënten de psychiatrisch verpleegkundige rol percipiëren. Patiënten willen effectief een therapeutische relatie aangaan met psychiatrisch verpleegkundigen (Rydon, SE., 2005). Psychiatrisch verpleegkundigen moeten vooral luistervardig zijn, respect tonen, zelfvertrouwen en onafhankelijkheidsversterkend optreden, laagdrempelig, tactvol en zelfbewust in relatie staan. Daarnaast horen ze afdoende kennis hebben en tijd spenderen met cliënten om zich voldoende te kunnen realiseren welke impact de psychische stoornis heeft op het alledaagse leven (Edwards, G., 2000) ; (Rydon, SE., 2005).

Samenvattend kan gesteld worden dat zowel student-, patiënt-, als omgevingsgerelateerde factoren en de tijd die patiënten en studenten met elkaar samen doorbrengen van invloed zijn op de kwaliteit van de student-patiëntrelatie (Suikkala, A., Leino-Kipli, H., 2005).

1.8 Conclusies

Cliëntenfeedback kan in het genereren van feedback over het functioneren van studenten van toegevoegde waarde zijn, mits aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. Deze voorwaarden mogen geen excuus vormen om cliënten niet te betrekken (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005) (Mc Donell, F., 2002).

Cliëntenparticipatie in stagefeedback van studenten zal makkelijker ingang vinden in een visie waar het cliëntenperspectief een volwaardige plaats krijgt in het hele zorggebeuren. In het volgende schema (schema 1) wordt dit zichtbaar gemaakt. In het schema worden de bevindingen vanuit de literatuurstudie met betrekking tot

cliëntenparticipatie in stagefeedback nog 's op een rij gezet. De traditionele visie wordt hierbij vergeleken met een visie waarin het cliëntenperspectief meegenomen wordt.

Traditionele visie	Visie vanuit het cliëntenperspectief
<i>Cliëntgerelateerde obstakels of bekommernissen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hoe representatief is de betrokken cliënt (Felton, A., & Stickley, T., 2004)? 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Een</u> perspectief wordt aangeboden – eventueel kan een range van perspectieven (Meerdere cliënten betrekken in het feedbackgebeuren), nuancering aanbieden (Hanley et al, 2004) - Tijdsfactor laten spelen (Suikkala, A., Leino-Kipli, H, 2005)
<ul style="list-style-type: none"> - Cliëntgerelateerde factoren; <ul style="list-style-type: none"> o Persoonlijkheid, psychopathologie (Hansen et al, 2004) o Patiënten zijn niet opgeleid om feedback te geven (Suikkala, A., Leino-Kipli, H 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> - Toch oplossingen zoeken, rekening houdend met beperkingen en mogelijkheden van specifieke doelgroep? – bijv. pictogrammen die 'waardering' weergeven, smiley's, enz. (Duffy, J., 2006) – anderzijds ook recht om niet te participeren (Hansen et al, 2004); (Lammers, J., & Happell, B., 2003) ; (Happell, B., & Roper, C., 2003) - Gaat het om 'beperking' of gaat het eerder om weerstand (Miller, L., & Waters, R. 2006)? - Aanpassen van de methodiek? (individueel? Groep? Schriftelijk? Mondeling? met verpleegkundige eerst en dan pas met student erbij? (Duffy, J., 2006) - Goede voorbereiding voorzien voor alle betrokken partijen (Forrest et al, 2000) – accent op cliënt als 'mens' i.p.v. als 'patiënt' (Edwards, G., 2000) - Omgeving inschakelen in feedback? Ook Mantelzorgers kunnen feedback geven op het zorggebeuren (Duffy, J., 2006)
<ul style="list-style-type: none"> - Belastend voor patiënt (Forrest et al, 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kan, maar ook helpend (Ahuja, A.S., & Williams, R., 2005) ; Wood, J., & Wilson-Barnett, J., 1999, et al, 2004)

	<ul style="list-style-type: none"> - Debriefing voorzien voor cliënt (Twinn, S.F., 1995) - Nooit 'gedwongen' – steeds vrijwillig (Hickey G. & Kipping C., 1998) - Ernstig nemen gedurende het hele proces (Edwards, G., 2000)
- Confidentialiteit? (Mc Donnell, F., 2002)	- Belangrijk dat dit in rekening gebracht wordt en kan ook beschouwd worden als een sterk punt (cfr; vertrekken van rechten van cliënten, met hun rechtspositie rekening houden –toestemming vragen, actieve participatie) (Mc Donnell, 2002)
- Soapbox voor persoonlijke agenda (Mcandrew, S., & Samociuk, A., 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Methodiek aanpassen; goed kader creëren; (voorbereiding, veiligheid, vertrouwen, enz.) (Mcandrew, S., Samociuk, A., 2003) - meerdere patiënten betrekken in de stagefeedback
Organisatiegerelateerde obstakels of bekommernissen	
- Vanuit de organisatie kan er onvoldoende bereidheid zijn - stafleden kunnen zelf onvoldoende 'empowerd' zijn (Hickey, G., & Kipping, C., 1998)	- Vraagt inderdaad van organisatie zekere openheid; verpleegkundigen moeten vertrouwen hebben in vermogen van patiënten om te kunnen participeren (Felton, A., & Stickley, T., 2004)
- "Onze populatie leent zich daar niet toe!"	- Deelpopulatie? Voor bepaalde aspecten? (Duffy, J., 2006)
- Duur en tijdsconsumerend	- Vraagt inderdaad tijd en toewijding, maar zorgt anderzijds wel voor een kwalitatief 'vollediger' beeld – meer gebalanceerde feedback (Repper J., & Breeze, J., 2004) ; (Anthony & Crawford, 2000)
- Cliënt(en) wordt "enkel" betrokken in stagefeedback	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten ook betrekken bij selectie van studenten, bij opzet van de stage? (INVOLVE publicaties allerhande) - Algemeen toewerken naar een sterk uitgebouwde participatiegraad van cliënten in het

	<p>onderwijs vergroten? (workshops en open dagen, cliënten laten participeren in curriculumontwikkeling, enz. (Spence, W., 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impliceert 'empoweren' van cliënten
Studentgerelateerde obstakels of bekommernissen	
Overdracht kan spelen in de student-patiëntrelatie (bijv. cliënt ziet in student eigen zoon en is daardoor bijvoorbeeld spaarzaam met feedback)	<ul style="list-style-type: none"> - Is per definitie niet negatief - biedt integendeel ruimte om deze zaken alsnog bespreekbaar te maken – voorkomt latere 'acting out' van de verpleegkundige naar cliënten toe
<ul style="list-style-type: none"> - Studenten proberen cliënten gunstig te stemmen (Morgan, S., & Sanggaran, R.,1997) 	<ul style="list-style-type: none"> - In methodiek hier rekening mee houden - Cliëntenfeedback is een aanvullende vorm van stagefeedback (Norman et al, 2002)
<ul style="list-style-type: none"> - Student kan bepaalde feedback internaliseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Debriefing inbouwen (Twinn, S.F.,1995) - Is per definitie niet negatief. Biedt integendeel ruimte om deze zaken alsnog bespreekbaar te maken
Opleidingsgerelateerde obstakels of bekommernissen	
<ul style="list-style-type: none"> - Feedback genereert weinig verrijkend materiaal 	<ul style="list-style-type: none"> - Vraagstelling hierin bepalend (Miller,L., & Waters, R.,2006) - Hangt samen met visie om te geloven in wat patiënten kunnen aanbrengen (Wood, J., & Wilson Barnett,J. 1999) - Hangt samen met gerichte selectie (Forrest et al, 2000)
<ul style="list-style-type: none"> - Uitbuiten van cliënt voor onderwijsdoeleinden? (Forrest et al, 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verloning voorzien (Wood, J., & Wilson-Barnett, J., 1999) - Actief betrekken in alle stadia van de samenwerking (Le Var, 2002; Levin, E.,2004) - Rekening houden met de belasting - Ernstig nemen op alle vlakken (Lammers,J., & Happell, B., 2003) ; (Hapell, B.& Roper, C., 2003)

Schema 1: vergelijkend literatuuroverzicht naar cliëntenparticipatie in stagefeedback

Er is nog weinig beschikbare evidentie in verband met de manier hoe cliëntenfeedback moet verzameld worden (Wood, J., & Wilson-Barnett, J., 1999) ; (Repper, J., & Breeze, J., 2004). Op welke specifieke wijze cliënten betrokken kunnen worden, wordt in weinig studies concreet beschreven (Lathlean et al, 2006).

Onduidelijk is ook welke impact het betrekken van cliënten in het onderwijs heeft op de attitudes en het gedrag van studenten, op de stafleden en op de gehanteerde onderwijsmethodiek (Repper J., & Breeze, J., 2004). Vraag is ook welk gewicht gegeven moet worden aan de beoordeling van studenten door cliënten (Morgan, S., & Sangarran, R., 1997) ; (Norman et al, 2002). Verder zijn ook de outcomes van het betrekken van cliënten op het leerproces van de student en op de zorgverlening nog maar beperkt onderzocht (Lathlean et al, 2006).

2 Ontwikkeling van een praktijkmodel voor het ontlokken van cliëntenfeedback

2.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt beschreven hoe een praktijkmodel voor het ontlokken van formele cliëntenfeedback opgezet werd. Dit praktijkmodel werd ontwikkeld op basis van aanknopingspunten in de literatuur (zie 1.8.), gesprekken met verpleegkundigen en patiënten tijdens de eerste periode van participerende observatie en de drie supervisors (M.G, T.D., E.D.), en op basis van mails met experts op het gebied van cliëntenparticipatie.

2.2 Beschrijving van het ontwikkelde praktijkmodel

Het project wordt gesitueerd in het verlengde van de afdelingswerking, waarin patiëntenparticipatie een belangrijke hoeksteen vormt.

Cliëntenfeedback vindt volgens het ontwikkelde praktijkmodel plaats in een gepland, herhaald, formeel en begeleid gesprek tussen student en patiënt, waarin patiënten feedback geven op het functioneren van de student op stage. Dit gesprek wordt gedurende het hele proces gecoacht door een vaste verpleegkundige, die gelooft in het project en er haar schouders mee wil onderzetten¹⁰. De participanten worden vooraf helder geïnformeerd over het doel en het opzet van dit gesprek aan de hand van een informatiebrief (patiënten, student), of via een actiekaart (verpleegkundige)(zie bijlage 1). De informatiebrief benadrukt het vrijwillige en experimentele karakter van het project. Patiënten hoeven niet te participeren in de cliëntenfeedback, wanneer ze dat niet willen. Door geen druk te leggen op de patiënten en door ervoor te zorgen dat de feedback van de patiënten niet de formele evaluatie 'die de afdeling aan de school geeft' beïnvloedt, beogen we de participanten te bewegen tot een zo vrij mogelijk spreken met elkaar. De informatie die patiënten aanbrengen over het

¹⁰Omdat de verpleegkundige als een 'coach' zal optreden in het proces van de cliëntenfeedback (zie verder), zullen we de begeleidende verpleegkundige die de cliëntenfeedback ontlokt benoemen als coachverpleegkundige.

stagefunctioneren van de student, zal dus geen voorwerp vormen van de evaluatie van de stage van de student die de school in zijn beoordeling van de student betreft. Met andere woorden, de evaluatie is louter informatief.

Patiënten worden erover geïnformeerd dat ze als patiënt wellicht veel te maken hebben met studenten en dat het teruggeven van hoe ze deze ontmoetingen ervaren hebben, voor de student belangrijke informatie kan zijn om mee te nemen in zijn of haar ontwikkeling tot psychiatrische verpleegkundige. Ook wordt aangestipt dat het unieke perspectief van waaruit patiënten kijken naar studenten, belangrijk kan zijn voor de student om mee te nemen in zijn wording tot individuele begeleid(st)er van de patiënt.

Op minimaal twee tot maximaal drie gespreksmomenten gespreid over de vier tot negen weken durende stage van de derdejaarsstudent, worden de patiënten gevraagd hun feedback te geven over het functioneren van de betrokken student. De coachverpleegkundige kiest hiervoor een passend tijdstip in overleg met de hoofdverpleegkundige en agendeert dit ook tijdig bij de patiënten. De 'cliënt-student-ontmoeting' wordt door de coachverpleegkundige begeleid. De coachverpleegkundige geeft eerst een korte inleiding, waarin het doel, het tijds kader, de rationale van het project nogmaals besproken wordt. De coachverpleegkundige geeft door haar (zijn) aanwezigheid aandacht aan het creëren van een veilige en vertrouwelijke sfeer, informeert de patiënten dat ze zelf in alle vrijheid beslissen wat ze willen teruggeven naar de student. Verder benadrukt de coachverpleegkundige dat de patiënt niets hoeft in te brengen wanneer zij (hij) dat liever (nog) niet doet. De coachverpleegkundige stelt zich verder positief bemoedigend op ten opzichte van de participanten.

Na deze inleiding geeft ze de patiënten de kans tot feedback, aan de hand van de volgende vraagstelling: (1) Hoe verliep uw relatie, communicatie met de student deze week? (2) Voelde u zich beluisterd, begrepen in uw situatie? Kan u hier voorbeelden van geven? (3) Deed de student soms iets waarvan u dacht: dat had hij beter niet gedaan? (4) Als u terug opgenomen zou worden, en student X is uw verpleegkundige, zou u daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?

Naast de patiënten, is vanzelfsprekend ook de student altijd aanwezig op het feedbackgebeuren, tenzij zij (hij) er zou voor kiezen (om welke reden dan ook) liever niet aanwezig te zijn. De student neemt in dit ontmoetingsmoment de rol op van een volwaardige gesprekspartner. Zij (hij) kan in een eerste ontmoeting met de cliënten duidelijkheid geven over de doelstellingen van de stage. Verder ontvangt de student de cliëntenfeedback en vraagt zonodig naar verduidelijking.

De cliëntenfeedback wordt afgerond met een vooruitblik naar de volgende ontmoeting. Het is de bedoeling dat het volgend feedbackmoment weer volgens dezelfde structuur verloopt, dit om houvast en voorspelbaarheid te geven voor de participanten. Het praktijkmodel voorziet verder in de mogelijkheid van een 'debriefing'¹¹ na afloop van de cliëntenfeedback voor student en patiënt. De coach verpleegkundige beoordeelt de wenselijkheid hiervan voor student en patiënt (zie actiekaart, bijlage 1).

Samengevat steunt dit praktijkmodel op volgende zeven punten. Allereerst worden patiënt, student en afdeling grondig voorbereid. Patiënten nemen vrijwillig deel en krijgen duidelijke informatie in verband met het experimentele karakter. Er wordt voorzien in een procesmatige en coachende aanpak, waarbij cliëntenfeedback ontlokt wordt onder de vorm van een formeel gesprek. De student is aanwezig op het feedbackmoment en neemt de rol op van een volwaardige gesprekspartner. Stagementor en coachverpleegkundige zijn verschillende personen. De feedback wordt ontlokt aan de hand van feedbackvragen die focussen op waarden en attitudes en informeren naar concrete ervaringen. De coachverpleegkundige voorziet in de mogelijkheid van een nabespreking voor patiënt én student.

¹¹ Met debriefing wordt hier bedoeld: via een nabespreking volgend op de cliëntenfeedback expliciet tijd maken voor innerlijke belevingen en ervaringen die bij patiënt of student door de cliëntenfeedback werden losgemaakt.

3 Onderzoeksmethode

3.1 Probleemstelling

Uit het literatuuronderzoek bleek dat specifieke literatuur i.v.m. actieve participatie van cliënten in stage van studenten psychiatrische verpleegkunde eerder schaars is. Onduidelijk is welk gewicht gegeven moet worden aan de beoordeling van patiënten door studenten (Norman et al, 2002), hoe valide cliëntenfeedback is (Morgan, S., & Sanggaran R., 1997) en welke impact het betrekken van cliënten heeft op attitudes en gedrag van studenten, stafleden (Repper J., & Breeze, J., 2004). Ook ontbreekt het aan 'praktijkmodellen' hoe zo'n participatie vorm kan gegeven worden (Wood, J., & Wilson-Barnett, J., 1999, Repper J., & Breeze, J., 2004). Om de mogelijkheden en de waarde van cliëntenfeedback voor patiënten met een psychiatrische problematiek te onderzoeken, werd een model voor patiëntenfeedback ontworpen (zie hoofdstuk 2) en in de praktijk getoetst. Door deze toetsing wilden we volgende vragen beantwoorden:

- Is het ontwikkelde model voor cliëntenfeedback bruikbaar?
- Welke condities zijn noodzakelijk opdat cliëntenfeedback een substantiële bijdrage zou kunnen leveren in het leerproces van de student en op zo'n wijze dat patiënten hier ook baat van ondervinden?
- Welke betekenis en welke waarde geven participanten aan feedback die patiënten geven over het functioneren van een student?
- In welke mate is de feedback die patiënten geven consistent met de feedback die de mentor, de stagebegeleider en de student (zichzelf) geven met betrekking tot het functioneren van de student?

3.2 Onderzoeksdesign

Om een antwoord te krijgen op vooropgestelde onderzoeksvragen werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign en wel om volgende redenen. Het onderzoek situeert zich op een nog relatief weinig ontgonnen onderzoeksdomein. Voortgaand op ondermeer de bevindingen uit de literatuur, werd vorm gegeven aan een praktijkmodel waarin cliëntenfeedback betekenis kan krijgen. Focus in dit onderzoek is de exploratie

vanuit verschillende perspectieven, waarbij beleving en betekenisverlening van belang zijn en processen eerder dan variabelen beschreven moeten worden. Kwalitatief onderzoek laat beter dan andere onderzoeksstrategieën toe de beleving of de betekenisgeving van de onderzochten te achterhalen, of als het nodig is de informanten te stimuleren om actief en creatief over bepaalde onderwerpen na te denken (Baarde, D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J., 1997)

3.3 Setting

Het onderzoek vond plaats in twee centra in Vlaanderen (België). Een afdeling voor eetstoornissen en een afdeling verslavingszorg namen deel aan het onderzoek. Bij de selectie van deze afdelingen speelden volgende criteria mee: de afdelingswerking van de twee afdelingen kenmerken zich door een sterk uitgebouwde patiëntenparticipatie, de patiëntenpopulatie beschikt over afdoende cognitieve en sociale mogelijkheden, de afdelingen zijn allebei stageplaatsen voor derdejaarsstudenten 'bachelor psychiatische verpleegkunde' van diverse hogescholen.

3.4 Rekrutering en ethische aspecten

De participanten werden mondeling aangesproken door de hoofdverpleegkundige van de respectievelijke afdelingen. Hierbij werd gebruik gemaakt van het informatieformulier voor de kandidaat deelnemers (bijlage 1a en 1b). In overleg met de hoofdverpleegkundige werd de verpleegkundige aangeduid, die de feedback zou ontlokken bij de patiënten. Via een actiekaart (bijlage 1c) werd de taak van deze verpleegkundige in het proces van de cliëntenfeedback toegelicht door de onderzoeker.

Voor de meewerkende patiënten werd eerst toestemming van de psychiater gevraagd door de hoofdverpleegkundige. Voor afname van een interview, werd eerst contact opgenomen met de hoofdverpleegkundige of de persoonlijke begeleider om na te gaan of het interviewtijdstip niet storend was in functie van het behandelgebeuren. De onderzoeker nam zelf contact op met de vier toestemmende, meewerkende studenten en de twee verpleegkundigen. Telefoonnummers van deze participanten werden pas

na hun expliciete toestemming doorgegeven aan de onderzoekers. Plaats en datum voor afspraken i.v.m. interviews werden steeds bij de respondent gelegd.

Selectie van de zeven cliënten gebeurde op basis van: (1) tijdsduur dat de cliënt had met de student; (2) resultaten van de tussentijdse analyses van de onderzoeksbevindingen. Naarmate het onderzoek vorderde, werd gepoogd (in samenspraak met de hoofdverpleegkundige en of de coachverpleegkundige¹²) een zo heterogeen mogelijke cliëntenpopulatie te includeren. Ook twee betrokken praktijklectoren werden om die reden gevraagd mee te werken aan het onderzoek.

Voor studenten werd het volgend exclusiecriteria gehanteerd: bachelorstudenten in de afstudeerrichting psychiatrie waarvan informatie beschikbaar was bij de hoofdverpleegkundige dat de student gekozen had voor deze specifieke afstudeerrichting vanuit een negatieve motivatie. In praktijk werd evenwel geen enkele student geweerd uit het onderzoek. Alle studenten (en ook alle andere participanten) gaven hun vrijwillige medewerking aan het onderzoek.

In totaal participeerden tien vrouwen en vijf mannen aan het onderzoek. De leeftijd van de participanten liep uiteen van twintig tot en met zesenvijftig jaar. Het hoogste niveau van opleiding van de participanten varieerde van lager onderwijs tot universitair onderwijs (zie tabel 1 en zie bijlage 2).

<u>participanten</u>	<u>(n)</u>	<u>aantal interviews</u>	<u>tijdstip interview</u>	<u>setting</u>	<u>geslacht</u>	<u>leeftijds- categorie</u>	<u>hoogste niveau opleiding</u>
patiënten	7	6 [∞]	VB: 1 - LB: 1 - Ont: 2 Opn: 1 - VB: 1 - LB: 1	E: 3 [∞] V: 3	v: 4 v:2 - m: 1	20 - 30 j. 40 - 60 j.	pro. f. B.: 1 - Master: 3 L.O.: 1 - prof. B.:1 - Master: 1
studenten	4	4	laatste stageweek laatste stageweek	E: 2 (Hsa: 1 -HSb: 1) V: 2 (Hsa: 1 - HSb: 1)	v: 1 - m: 1 v: 2	20 - 30 j. 20 - 30 j.	laatste jaar prof. B. laatste jaar prof. B.
verpleegkundigen	2	4	einde van stageperiode einde van stageperiode	E: 1 V: 1	v: 1 m: 1	40 - 50 j. 20 - 30 j.	prof. B. prof. B.
stagebegeleiders	2	2	na analyse 14 interviews	Hsa: 1- HSb: 1	m: 2	40 - 50 j.	prof. B.
totaal	15	16					

Legende:
 Opn: Opnamefase - VB: Vroege behandelfase - LB: Late Behandelfase - Ont: Ontslagfase
 v: vrouw - m: man
 E: eetstoornissen - V: Verslavingszorg
 Hsa: hogeschool a - HSb: hogeschool b
 L.O.: lager onderwijs - prof.B.: professionele Bachelor - Master: Masteropleiding
 *: studenten ook meegerekend
 ∞: 1 interview met twee patiënten

Tabel 1: kenmerken van de participanten

¹² Met Coachverpleegkundige bedoel ik de verpleegkundige die de feedback ontlokt bij de patiënten. In deze scriptie definieer ik haar (hem) soms ook als 'begeleidende verpleegkundige' of begeleidende stagementor

Voor het uitvoeren van de studie werd de goedkeuring verkregen van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent op 7 september 2006. Iedere deelnemer aan het onderzoek werd verzocht een geïnformeerde toestemming te tekenen. Deze geïnformeerde toestemming verzekerde het strikt waarborgen van de anonimiteit van de participanten en het bewaken van alle ethische aspecten (zie bijlage 3a, 3b, 3c).

3.5 Datacollectie en conceptualisering van cliëntenparticipatie op de respectievelijke onderzoeksafdelingen

Bij de start van het onderzoek werd een participerende observatieperiode gelopen op één van de onderzoeksafdelingen. Het doel was vooral om vanuit de opgedane inzichten en in confrontatie met de reeds doorgenomen literatuur (zie schema 1 (1.8.): vergelijkend literatuuroverzicht naar cliëntenparticipatie in stagefeedback) een rationale te ontwikkelen van hoe 'praktisch' cliëntenparticipatie op de onderzoeksafdelingen zou kunnen opgezet worden. Data werden in die periode verzameld via informele gesprekken met cliënten, verpleegkundigen en andere teamleden. Op basis van bevindingen uit deze observatieperiode en terugkoppeling naar de literatuur, werd een praktijkmodel voor cliëntenparticipatie uitgewerkt. Basiselementen van dit praktijkmodel waren (zie ook hoofdstuk 2): grondige voorbereiding van patiënt, student en afdeling, vrijwillige deelname van patiënten en duidelijke info in verband met het experimentele karakter, procesmatige en coachende aanpak waarbij cliëntenfeedback ontlokt wordt onder de vorm van een formeel gesprek, student is aanwezig op het feedbackmoment en neemt de rol op van een volwaardige gesprekspartner, stagementor en verpleegkundige coach zijn verschillende personen, feedback wordt ontlokt aan de hand van feedbackvragen die focussen op waarden en attitudes en informeren naar concrete ervaringen, voorzien in de mogelijkheid van een nabespreking voor patiënt én student. Dit praktijkmodel werd ter discussie voorgelegd op de teamvergaderingen van de beide afdelingen. Op basis van de feedback vanuit deze teamvergadering en het overleg met de supervisor (M.G.) werden nog enkele mineure aanpassingen aangebracht aan de actiekaart (zie bijlage 1c en de infobrief voor patiënt en student (zie bijlage 1a en 1b). Gedurende de stage van de eerste participerende student werd door de onderzoeker een tweede week participerende stage gelopen. De

observatieperiode had een driedelig doel: (1) de positie van de student op de afdeling leren kennen; (2) het feedbackgebeuren student-patiënt exploreren; (3) thema's onderkennen waarover patiënten 'studenten' feedback kunnen geven. Tijdens de observatieperiode kon ook de verpleegkundige ondersteund worden in het toepassen van het praktijkconcept.

Uiterlijk een halve week volgend op het einde van de stage van de derdejaarsstudent werden semi-gestructureerde interviews afgenomen. Voor 3 cliënten vond het interview reeds plaats nadat de cliëntenfeedback twee maal had plaatsgevonden. De reden voor deze afwijking was het ontslag van de patiënt, of de transfer naar een andere behandelgroep. Op de afdeling eetstoornissen werden de interviews met de patiënten steeds gehouden in aanwezigheid van de coachverpleegkundige. Op de afdeling verslavingszorg was tijdens het interviewen van de patiënten geen derde persoon aanwezig.

De interviewtijd was gemiddeld 37 minuten en varieerde van 28 tot 55 minuten. Tijdens het interview werd een vragenlijst gebruikt om ervoor te zorgen dat alle relevante onderwerpen ter sprake kwamen (zie bijlage 4). De vragen werden niet in strikte volgorde overlopen, maar eerder naargelang het onderwerp aan bod kwam in het open gesprek. Na analyse van de eerste drie interviews en na overleg met de supervisor werd de informatiebrief voor patiënten en studenten enigszins aangepast (zie bijlage 5a, 5b en 5c). In het voorgestelde praktijkmodel werd een clausule opgenomen, wat de verpleegkundige moest toelaten nog af te wijken van een groepsfeedback door patiënten, zo ze dit wenselijk achtte voor patiënt of student. Ook werd besloten de nabespreking los te koppelen van het feedbackgebeuren, om toe te laten dat patiënten alsnog meer onbevangen bepaalde feedback zouden kunnen aanbrengen.

3.6 Data-analyse

De interviews werden digitaal op band opgenomen. De verzameling en analyse van de gegevens gebeurde op systematische en cyclische wijze. Dataverzameling en data-analyse wisselden elkaar af (Boeije, H., 2005).

De interviews werden volledig uitgetypt. Eerst werden de interviews verschillende malen gelezen zodat de onderzoeker inzicht kreeg in het hele verhaal. Daarna werden de verschillende fragmenten lijn per lijn gecodeerd met behulp van het software programma QSR N6. Waar mogelijk werd gebruik gemaakt van de taal van de

participant, om zo goed mogelijk aansluiting te vinden bij haar of zijn belevingswereld. Dezelfde werkwijze werd toegepast voor de data die verzameld werden tijdens de participerende observatie. Naast het coderen van fenomenen die in de data vervat zaten, werden data met elkaar vergeleken om overeenkomsten en verschillen te ontdekken. Op basis van deze analyse konden thema's gevonden worden die het niveau van de tekstfragmenten overstegen. Deze thema's werden gedefinieerd in de taal van de onderzoeker, omdat ze zijn interpretatie weergeven van de data. De respectievelijke codes werden onder deze categorie geplaatst. Geleidelijk konden enkele kerncategorieën onderscheiden worden. Deze kerncategorieën werden als categorie geanalyseerd op een hoger abstractieniveau en in relatie geplaatst met andere categorieën. Op basis van deze analyse kon een conceptueel kader en een kwadrantmodel ontwikkeld worden (zie resultaten: 4.5.). Dit kader (model) werd dan weer getoetst met de data en er werd gekeken of alle gegevens een plaats kregen. Gedurende het hele analyseproces stelde de onderzoeker na iedere analyse van een interview zichzelf bijkomende vragen. Deze hadden tot doel tot een helderder inzicht te komen in de thema's die uit de interviews (en de observatiedata) naar voor kwamen. Vanuit dit nieuwe perspectief, was het mogelijk de interviewvragen aan te passen, zonodig het toegepaste praktijkmodel nog wat bij te sturen (gebeurde 1 X na de analyse van de eerste drie interviews (zie bijlage 5a en 5b) en nog gericht te werk te gaan bij de selectie van de participant.

De observatienotities uit de participerende observatieperiode werden na het afronden van alle interviews eveneens geanalyseerd volgens de zonet beschreven werkwijze.

3.7 Validiteit van de studie

Kwalitatief onderzoek steunt heel sterk op interpretatie en zoals bij andere vormen van onderzoek is het belangrijk te waken over de validiteit en objectiviteit. Om die te verhogen werden een aantal maatregelen genomen:

(1) Om de kwaliteit van de data te verhogen, werd er aandacht besteed aan het wekken van vertrouwen en het garanderen van een absolute anonimiteit. Ook werd benadrukt dat de participanten steeds de mogelijkheid had om het interview op ieder moment stop te zetten of te onderbreken indien ze dit wensten.

(2) De interviews werden opgenomen met behulp van een dictafoon en letterlijk uitgetypt. Dit verhoogt de kwaliteit van de analyse.

(3) De interviews zijn door twee onafhankelijke supervisoren (MG, ED) nagelezen en de analyse is door hen kritisch gevolgd, becommentarieerd en verbreed.

(4) Er werd gewerkt volgens het principe van triangulatie; dit wil zeggen dat er verschillende soorten data gebruikt werden (interviews, participerende observatie).

(5) Tijdens en na ieder interview werden door de onderzoeker enkele reflecties bijgehouden over de non-verbale uitdrukkingen van de participanten en over zijn eerste indrukken in verband met het interview. Deze reflecties hadden een tweeledig doel: kleine non-verbale signalen niet laten verloren gaan en bewaken dat het perspectief van de participant afdoende helder gemaakt wordt.

De onderzoeker zocht ook heel geregeld contact op met de twee supervisoren. Deze besprekingen hadden tot doel bewuster te worden van de eigen oordelen en de eventuele negatieve impact van bepaalde keuzes of interpretaties.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de resultaten van het onderzoek. Allereerst wordt de houding van de participanten geschetst voordat het project daadwerkelijk van start ging. Verder worden de ervaringen van de participanten beschreven in verband met de toegepaste methodiek om cliëntenfeedback te ontlocken. Vervolgens wordt een conceptueel kader beschreven, waarin de diepere betekenis van cliëntenfeedback voor alle betrokkenen wordt gesitueerd. Aan de hand van dit kader verduidelijken we de onderlinge relaties tussen de hoofd- en de subcategorieën die doorheen de interviews aan bod kwamen. De doelstelling is uiteindelijk om op die manier een antwoord te formuleren op de eerste, tweede en derde onderzoeksvraag. Tenslotte wordt stilgestaan bij de plaats die participanten toekennen aan cliëntenfeedback in het hele assessmentsgebeuren (onderzoeksvraag 4).

Ter illustratie worden citaten gebruikt om de bevindingen te illustreren¹³. Om de anonimiteit van de participanten te waarborgen, worden er steeds fictieve namen gebruikt (zie bijlage 2: gegevens van de participanten).

4.2 Initiële houding van de participanten ten overstaan van cliëntenfeedback in stage van studenten

Dat patiënten betrokken zouden worden in de feedback van studenten werd door de patiënten van bij het begin als heel positief beschouwd. Voor alle patiënten laat het zien dat ze ernstig genomen worden. Drie patiënten stellen het zelfs nog wat scherper. Ze vinden het eigenlijk maar normaal dat ze hierin betrokken worden.

¹³ In functie van de leesbaarheid werd een minimale redactie doorgevoerd (Boeije, H., 2005).

Ik vond dat een enorm goed initiatief. Ik heb al een aantal opnames gehad en een aantal stagiaires zien passeren en soms ook niet positieve ervaringen gehad en dat matcht soms niet met hoe dat de verpleging denkt over een stagiair, terwijl wij er wel dagelijks en in meer aspecten mee geconfronteerd worden. Dat vind ik daar wel heel goed aan en dat wij daarin eigenlijk ook bij betrokken werden, want het zijn eigenlijk wij wel die de hulpverlening krijgen. (Dora, ontslagnemende patiënte)

Voor één patiënte heeft het iets paradoxaals. Van patiënten wordt gevraagd datgene te doen waar ze nu juist problemen mee hebben.

Maar, ik vond het wel ironisch. Ironisch om aan mensen die problemen hebben en daarenboven nog zoveel belang hechten aan de mening van anderen, dan moeten die mensen iets zeggen over de student, terwijl die erbij is. En dat is de ironie. Omdat je daar nu problemen mee hebt, moet je dat gaan doen.

(Cloë, Wetenschapper, eerste interview)

Bij verpleegkundigen, stagebegeleiders en studenten zien we initieel voornamelijk diezelfde positieve houding. Patiënten betrekken in de feedback wordt als een uitdaging ervaren, het sluit aan bij de eigen beperkte positieve ervaringen met cliëntenfeedback. Voor de geïnterviewde stagebegeleiders situeert het project zich in het verlengde van evoluties in de psychiatrische zorgverlening, waar de stem van de cliënt steeds harder doorklinkt. Toch is er ook enige onzekerheid en voorbehoud. De geïnterviewde verpleegkundigen maakten enig voorbehoud naar selectie toe van patiënten. Ook stelden ze enige gereserveerdheid vast bij de andere teamleden. Een stagebegeleider vroeg zich af hoe alles methodologisch in goede banen zou geleid worden, hoe selectie van patiënten zou gebeuren, enz. Eén student had wat angst voor een mogelijke negatieve stage-evaluatie, die dan mogelijks negatief zou kunnen beïnvloed worden door de cliëntenfeedback.

4.3 Eerdere ervaringen van participanten met cliëntenfeedback

De geïnterviewde patiënten, studenten en verpleegkundigen blijken voor de studie zeer diverse ervaringen te hebben met het betrokken worden in cliëntenfeedback. Deze

ervaringen variëren van helemaal niet betrokken worden, zelf als patiënt het initiatief nemen en feedback brengen naar een verpleegkundige over de student, de mentor verpleegkundige of de student die patiënten (in groep of individueel) bevragen over het stagefunctioneren van de studenten of specifieke aspecten ervan.

De betrokken patiënten, studenten en verpleegkundigen spreken ook over het eerder occasionele karakter van de cliëntenfeedback. Een procesmatige, systematische sturing van cliëntenfeedback wordt niet aangehaald en er is veelal sprake van indirecte feedback¹⁴: patiënt én student zijn niet samen aanwezig op het feedbackgebeuren.

Deze analyse wordt deels ook bevestigd door de geïnterviewde stagebegeleiders. Ook zij geven aan dat stageafdelingen zeer verschillend omgaan met het betrekken van cliënten in de beoordeling van de stage van studenten. Anderzijds geven ze ook aan dat er op sommige stageafdelingen meer directe vormen van feedback tussen patiënt en student geïnitieerd worden.

wat ik wel merk, is dat het dikwijls zo is dat de verpleegkundige bij evaluatie zeggen, we hebben ook even gecheckt, we hebben in een dagopener, of in een andere vergadering met de patiënten waar de student ook bij is, 's gevraagd: 'hoe hebben jullie die student ervaren?' En dat er dan een algemene indruk komt van enkele mensen uit de groep, of dat de verpleegkundige vooraf ook even checkt aan haar groep, hoe hebben jullie de student ervaren zonder dat de student erbij is en dan wordt dat op de eindevaluatie ook meegegeven (Noë, stagebegeleider).

4.4 Toetsing van het ontwikkelde raamwerk voor cliëntenparticipatie

Op basis van literatuurinfo, op basis van bevindingen uit de participerende observatieperiode en op basis van reflecties over cliëntenparticipatie in stagefeedback, werd een praktijkmodel uitgetekend, waarin cliëntenfeedback naar onze verwachtingen maximale kans kon krijgen (zie ook: hoofdstuk 2, bijlage 1 en bijlage 5). Dit praktijkmodel diende als basis om cliëntenfeedback actief vorm te geven op de respectievelijke afdelingen. Het model werd tijdens de afname van de interviews ook bij

¹⁴ Indirecte feedback wordt in deze scriptie steeds op deze manier gedefinieerd.

alle participanten getoetst op zijn waarde en op basis van die bevindingen één maal bijgestuurd (zie ook 4.4.).

Elkaar goed kennen wordt door alle participanten genoemd als een belangrijke voorwaarde voor cliëntenfeedback. Patiënt, student en verpleegkundige moeten vertrouwd zijn met elkaar. Tijd en ruimte moet uitgetrokken worden voor de cliëntenfeedback. Het is volgens de participanten waardevol dat de feedback procesmatig verzameld wordt.

En, ja, ook mensen die bijv. stil zijn, bijv. patiënte X, de eerste evaluatie zei ze niets. De tweede evaluatie was het meer een aanvulling en niet meer dan dat. En de derde evaluatie die ze meegemaakt heeft, was het een echte grondige mening vanuit haar zelf. (Koos,coachverpleegkundige)

Belangrijk is dat de cliëntenfeedback op een manier kan gebeuren, waar zowel de student als de patiënt zich goed bij voelen. De betrokken patiënten en studenten voelen zich goed bij het geven van de feedback in groepsverband. Het groepsgebeuren laat toe steun te zoeken bij anderen en te vergelijken. Patiënten beschouwen het als hun verantwoordelijkheid om de feedback naar de student zo zorgzaam mogelijk te geven. Het is voor de patiënten dan ook belangrijk dat ze kunnen terugvallen op anderen. Dat de patiënten mogelijks ook beïnvloed kunnen worden door de kijk van de ander op de student, wordt niet benoemd als een eventueel nadeel hierbij.

Voor patiënten en studenten is het belangrijk dat bij de start het project duidelijk gekaderd wordt. Patiënten vrezen schade te berokkenen aan een student door haar (hem) onrechtmatig te beoordelen. Daarom is het van belang de cliëntenfeedback niet in punten te vertalen en voldoende aandacht te geven aan de voorbereiding van de patiënten op de cliëntenfeedback, door patiënten te wijzen op het belang van feedback in een leerproces. Voor de studenten is het belangrijk dat zij (hij) gezien werden in hun leerproces. Uit de interviews komt naar voor dat patiënten hiervoor ook aandacht hadden.

dat je duidelijk moet stellen, wat de bedoeling is van de evaluatie. Het is niet zo van, van studenten punten te gaan geven, dat studenten daardoor gebuisd kan worden, of dat ze daardoor 100 procent gaan krijgen. Wel trachten een zo open gesprek te

hebben, dat de patiënten niet zo met het idee moeten zitten, ik moet oppassen wat ik zeg, want zie dat ze slechte punten zou hebben. (Koos, coachverpleegkundige)

Ik had de indruk dat student Y heel onzeker was, en het verschil met student X was dat hij erin groeide, op het einde durfde hij het wel zeggen, van: "X, doe je plateau toe"¹⁵. Dat vind ik wel belangrijk, en dat was voor hem ook wel moeilijk! (Eline, patiënte, krijgt sondevoeding op het ogenblik van het interview)

4.5 Cliëntenfeedback gesitueerd in een conceptueel kader

4.5.1 Een conceptueel kader (zie ook figuur 1)

Zoemen we nu in op de betekenis van de cliëntenfeedback zelf, dan leren we vanuit de analyse van de interviews dat cliëntenfeedback door iedereen aanzien wordt als een heel directe vorm van feedback. Patiënten geven feedback over heel concrete situaties. De aanwezigheid van de student versterkt dit directe karakter nog.

Patiëntfactoren beïnvloeden de wijze waarop deze feedback gebracht wordt. Er kunnen patiëntfactoren zijn die dit proces faciliteren en factoren die het proces eerder compliceren. De manier waarop deze feedback gebracht wordt kan dan ook sterk variëren, van sterk genuanceerd tot eerder ongenuanceerd, van gerichte feedback geven naar de student toe tot eerder spreken over zichzelf. Er kan één perspectief gegeven worden, of er kunnen meerdere perspectieven gegeven worden over het functioneren van de student. Er kan éénduidigheid zijn over hoe men de student ervaren heeft, of de patiënten kunnen van mening verschillen. Afhankelijk van de aanwezigheid van gunstige of ongunstige patiëntfactoren, zullen deze patiëntfactoren of het feedbackgebeuren verdiepen, verrijken, versterken, complementeren of juist vernauwen, vertekenen, vertroebelen, verarmen of vervormen.

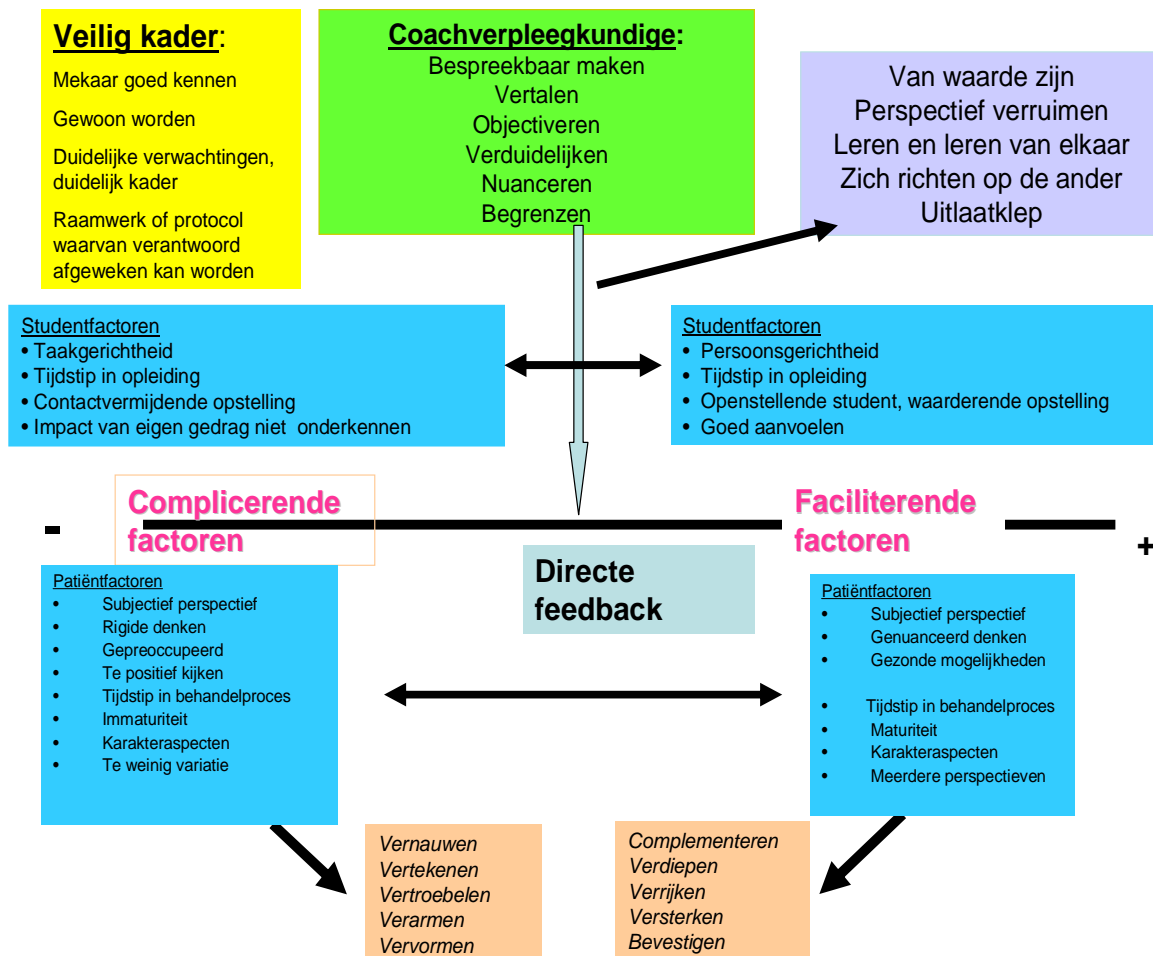
In dezelfde lijn zijn er factoren in de student die het feedbackproces faciliteren of compliceren. Wanneer studenten openheid communiceren, wanneer studenten laten zien dat ze goed met feedback kunnen omgaan, wordt het makkelijker voor patiënten

¹⁵ Tafelen is voor patiënten met een eetstoornis heel vaak een stresserende gebeurtenis. Op de afdeling worden daarom de maaltijden altijd in groep en op vaste voorziene tijdstippen genomen, onder begeleiding van één verpleegkundige of studentverpleegkundige. Van de patiënten wordt verwacht dat ze na ¾ uur het deksel terugplaatsen op hun plateau en dan nog ¼ uurtje aan tafel blijven zitten.

om feedback te geven. Wanneer studenten zich eerder gereserveerd opstellen, dan wordt het geven van feedback daardoor bemoeilijkt. Het tijdstip in de opleiding beïnvloedt ook positief of negatief de cliëntenfeedback. Naarmate studenten meer verantwoordelijkheid opnemen op de afdeling, naarmate ze meer doen en betekenen voor patiënten, wordt het makkelijker voor patiënten om feedback te geven. De gevoeligheid of juist ongevoeligheid van de student voor wat er zich afspeelt in de verpleegkundige-patiëntrelatie blijkt verder nog cliëntenfeedback te faciliteren of te bemoeilijken.

Op basis van deze informatie zou men kunnen verwachten dat cliëntenfeedback alleen maar waarde heeft, wanneer zowel student als patiënt aan de meest gunstige voorwaarden voldoen. Een dergelijk scenario is zeker bevestigend, versterkend, verrijkend en verdiepend voor de betrokken participanten. Toch blijkt uit de analyse van de interviews wel dat cliëntenfeedback steeds waarde had, ook wanneer er enkele negatief inwerkende patiënt- of studentfactoren waren. De rol van de coachverpleegkundige blijkt in dit hele verhaal van cruciaal belang te zijn. Wanneer de coachverpleegkundige haar (zijn) specifieke psychiatrisch verpleegkundige competenties kan inzetten zoals beluisteren, positief begrenzen, vertalen¹⁶, nuanceren en bespreekbaar maken, dan blijkt uit alle interviews dat cliëntenfeedback waarde heeft voor zowel de patiënt, de student als voor de coachverpleegkundige verpleegkundige zelf. De waarde die cliëntenfeedback genereert voor de betrokken patiënt, student en verpleegkundige situeert zich dan in volgende punten: het 'van waarde' zijn, zich kunnen richten op de ander, sfeer bevorderen, perspectief verruimen, uitlaatklep, leren en leren van elkaar.

¹⁶ Met 'vertalen' wordt hier bedoeld dat de verpleegkundige de authentieke feedback bewerkt en zo weer bruikbaar maakt in functie van het feedbackgebeuren.



Figuur 1: conceptueel kader cliëntenfeedback

4.5.2 Inhoud van patiëntenfeedback

4.5.2.1 Feedback rechtstreeks naar de student toe

Wanneer we stilstaan bij de inhoud van de cliëntenfeedback, dan zie we dat patiënten heel concrete ervaringen vanuit het hier en nu aanbrengen. Deze feedback kan rechtstreeks betrekking hebben op het functioneren van de student, maar geeft tegelijkertijd ook iets weer over hun ervaringswereld, wat hen bezighoudt, wat voor hen moeilijk is, maar ook wat ze belangrijk vinden, wat ze waarderen of niet waarderen in studenten.

voor sommige mensen is dat 'eten' iets heel moeilijk, en, dat die studenten dat precies niet zien. Zelf kan ik wel aangeven dat dit 'eten' voor mij moeilijk is, maar ik denk dat niet iedereen dat hier kan

(wat verder in het interview)

en zo, bijvoorbeeld van, een opmerking, kinderen krijgen is voor sommige mensen al niet meer zo evident, het is iets dat hen bezighoudt, de schrik om geen kinderen meer te krijgen, ik weet niet wat er daarover gezegd was, maar ik weet wel dat die persoon helemaal van slag is. (Eline, patiënte eetstoornissen, aangevend dat ze zich soms stoort aan (zoals ze het zelf benoemt) 'onhandige' opmerkingen die soms gemaakt worden door studenten)

Patiënten vinden het vooral belangrijk dat studenten aandacht hebben en gevoelig zijn voor wie ze zijn als persoon. Betekenisvolle aanwezigheid, het vertrouwen niet schenden, echtheid en spontaniteit, goed aanvoelen, meer doen dan wat strikt tot de opdracht behoort, geïndividualiseerd kunnen benaderen zonder exclusief te zijn, zijn houdingen die door patiënten erg gewaardeerd worden. Ook een geëngageerde betrokkenheid wordt sterk op prijs gesteld. Hieronder verstaan ze: ondernemend zijn, niet ontwijken, contacten durven leggen, meedoen, tijd nemen, aftasten, niet forceren en opvolgen

Voor studenten was deze feedback soms verrassend.

S.: Ik was altijd, ik was dikwijls bezig van momenten op te vullen met praten, of bezig zijn. Nu merk ik dat het gewoon er zijn heel belangrijk is. Ik was me daar echt niet van bewust, en ik vind dat wel goed dat ik dit ingezien heb, want de verpleegkundigen hebben dit niet echt duidelijk gezegd, maar het is maar doordat patiënten dit gezegd hebben dat ik me daarvan bewust ben geworden, dus ja, dat vond ik wel positief. (An, student, eerste stage van het derde jaar)

Patiënten geven globaal genomen makkelijk voorbeelden van zaken die ze storend zouden vinden in wat studenten doen. Wanneer ze effectief dan deze feedback dienen te brengen, dan ervaren ze dat als geen makkelijke opdracht. In de vorige paragraaf werd reeds verwezen naar het complex van directe en indirecte factoren die hierin een rol spelen. Uit de analyse van de interviews blijkt dan ook dat negatieve feedback naar de student toe vaak mondjesmaat, of gerelativeerd, of indirect wordt gegeven. Toch geven sommige patiënten ook heel gerichte, directe feedback.

(indirecte negatieve feedback) Student Y is heel goed verstaanbaar, denk ik toch. Ja, hetgeen dat ik zou zeggen, er is zo een trend dat mensen minder en minder gaan letten op taal, langs de andere kant zeg ik ook, mocht Y volledig in het Algemeen Nederlands beginnen, dat het dan misschien bij andere mensen wel iets zou geven, van, oei. (Lies, onderwijzeres, spreekt zelf heel verzorgd Algemeen Nederlands)

(relativeren van de feedback) En het was iemand die wat stiller was. En ik vroeg: en heb jij wat gesprekken gehad met haar? Eigenlijk niet! (met nadruk op 'niet') Maar als ik wat doorvroeg: dan vond hij dat niet belangrijk. (Koos (2^{de} interview), coachverpleegkundige verpleegkundige, en zich afvragend of de patiënt wel rechtuit was)

(gerichte feedback) Student x vroeg zelf naar werkpunten, rond het afbakenen van de regels, dat hij dat wel mag blijven aanhouden, dat hij echt wel mag zeggen: 'zover mag je gaan, maar dat kan niet meer'. Ook in bepaalde groepsgesprekken, zoals weekendplanning, dat hij echt mag doorvragen bij patiënten, dat hij zich niet moet inhouden om meer te weten te komen. Dus eigenlijk een aantal waardevolle werkpunten die eigenlijk dan ook dan nog op een positieve manier gebracht werden. (Francine (2^{de} interview), coachverpleegkundige verpleegkundige)

4.5.2.2 iets zeggen over zichzelf via de cliëntenfeedback

Naast de rechtstreekse feedback, blijkt uit de interviews dat patiënten soms ook iets over zichzelf zeggen via de cliëntenfeedback. Patiënten met een eetstoornis kunnen het bijvoorbeeld moeilijk hebben met het geven van negatieve feedback, omdat dit hen kan confronteren met hun eigen tekort aan sociale vaardigheden. Iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis kan dan weer het forum voor cliëntenfeedback gebruiken om de eigen belangrijkheid te onderlijnen. Ook een borderline persoonlijkheidsstoornis kan interfereren met cliëntenfeedback. Onvoldoende nuancering of uitageren van innerlijke belevingen kan dan een verstorende invloed hebben op de cliëntenfeedback.

ik stel me vragen waarom hij dat toen toch gezegd heeft. Maar een echte interpretatie aan geven? Hoh, misschien niet zo eerlijk of zo. Het is ook een leerkracht, misschien wou hij toch nog zo,..Hij spreekt ook heel graag in groep, om 's aan bod te kunnen komen? (Joke, student)

Voor het leerproces van de student is het belangrijk dat dit gekaderd kan worden. De voorbeeldfunctie van de mentor kan hierbij inspirerend zijn voor de student, om hiermee te leren omgaan. In die zin kan cliëntenfeedback voor studenten een dubbel leereffect genereren: de student leert door de feedback van de patiënt en de student kan tegelijkertijd zich spiegelen met hoe de coachverpleegkundige omgaat met wat patiënten aanbrengen.

(spreekt over een patiënt met een Borderline persoonlijkheidsstoornis)

Ik heb ook gezegd op dat moment van, kijk, we gaan hier afronden, dat doet hier nu niets meer ter zake, de rest neem ik straks met jou nog even op. En dan was dat ook gedaan. (Francine, coachverpleegkundige)

4.5.2.3 Feedback die niet door patiënten kan gegeven worden

4.5.3 De coachverpleegkundige als spil en motor van de cliëntenfeedback

Uit de analyse van de data blijkt dat de coachverpleegkundige een belangrijke rol heeft om cliëntenfeedback optimaal te laten renderen. Haar of zijn aanwezigheid boezemt vertrouwen in bij de patiënten en studenten. Belangrijk is wel dat de coachverpleegkundige zelf ook heel erg vertrouwd is, zowel met de patiëntengroep als met de student. Juist het goed kennen van de patiënten zorgt er voor dat een veilig kader gecreëerd wordt, waarin patiënten open kunnen staan tegenover elkaar en tegenover de student. De coachverpleegkundige stuurt en begrenst het hele proces¹⁷, speelt in op non-verbale signalen en nodigt uit tot gericht spreken, probeert te begrijpen wat gezegd wordt, heeft continu aandacht voor het betrekken van de

¹⁷ Met 'proces' bedoel ik hier het hele proces, zowel de voorbereiding dus op de cliëntenfeedback, de cliëntenfeedback zelf als de nazorgfase.

patiënten, stimuleert tot spreken vanuit de eigen persoon en herkadert zo nodig, zodat patiënt en student zich optimaal kunnen afstemmen op elkaar.

ja, ik heb dat dan herhaald in mijn eigen woorden – ze hebben dan gezegd: het is “dat” dat we bedoelen. Het is belangrijk dat je aandacht hebt voor het individu, dat je je begripvol en inlevend opstelt, maar dat je toch tracht uw lijn te bewaken, dat niet iedereen alles en nog wat kan bewerkstelligen bij haar. (Koos, coachverpleegkundige)

4.5.4 Het kwadrantmodel: een hulpmiddel bij de situering van de plaats die de coach kan innemen tijdens het hanteren van de cliëntenfeedback

Wanneer we stilstaan bij de cliëntenfeedback en de plaats die de coach kan innemen tijdens het hanteren van deze feedback, dan kan deze feedback ondergebracht worden in één van de 4 kwadranten (zie figuur 2).

In *kwadrant 1* situeren we de feedback die uitgewisseld wordt tussen patiënten en studenten, waar zowel bij patiënten als studenten veel faciliterende factoren aanwezig zijn. Het betreffen factoren die een positieve invloed uitoefenen op het uitwisselen van de feedback naar elkaar toe. Er is een positieve communicatie tussen patiënten en student. Uit de data blijkt dat patiënten genuanceerde, directe feedback teruggeven naar de student en dat de student hierop weet in te spelen. De coachverpleegkundige beluistert, bevestigt en versterkt het wederzijds reflecteren over elkaar.

Ik heb dan ook concrete tips gekregen. Eigenlijk, eigenlijk, ze beschouwen dit als negatieve feedback, maar eigenlijk, ik bekeek dat zo eigenlijk als alleen maar tips, ik kan er maar iets mee doen. En ben ik er mee akkoord, oké, en ik ben ik er niet mee akkoord, dan kan ik er nog over spreken hé. (Geert, student)

In *kwadrant 2* situeren we de feedback die uitgewisseld wordt tussen patiënten en studenten, waar bij patiënten wel veel faciliterende factoren aanwezig zijn, maar niet bij de student. De data laten zien dat patiënten dan indirect, of direct (variërend van assertief tot eerder bitsig reageren) zullen reageren. Voor de coachverpleegkundige is het belangrijk deze feedback te kunnen zien als relevante en complementaire feedback voor het leerproces van de student. Patiënten vinden het waardevol dat de

coachverpleegkundige op dat moment achter hen staat en hen ondersteunt in het bespreekbaar maken van deze feedback. De nabespreking met de patiënt volgend op het feedbackgebeuren kan hierin een hulpmiddel zijn.

In het volgend citaat spreekt Eline over de feedback die ze zelf zou inbrengen in de cliëntenfeedback, wanneer ze geconfronteerd werd met een student die zich negatief opstelt in het groepsgebeuren. (Eline: patiënte eetstoornissen, langdurige opname)

Ik zou er wel op reageren, maar, ik zou er wel spijt van hebben, want ik zou zelf vinden dat ik te bot zou reageren, dat ik zou reageren op de manier alsof het geen student is. Alsof ik zou verwachten dat de student dat, wanneer hij hier toekomt; dat hij dan ook iets weet over de problematiek, dat hij zich hier al een beetje heeft in verdiept (in verband met dit fragment zegt Eline ook nog het volgende:)

Ik denk dat het ook wel goed is dat er iemand van de verpleging bij is, dat dat ook dat vertrouwen voor ons groter maakt. Stel dat er nu een stagiair zit, waar het minder mee klikt of zo. Doordat iemand van de verpleging erbij zit en je ook kent, je op je gemak stelt, en toch blijft herhalen 'je kunt zeggen wat je wilt'.

(Eline: patiënte eetstoornissen, langdurige opname)

Philip, stagebegeleider, reflecterend over de rol van de coachverpleegkundige bij het ontlokken van cliëntenfeedback:

De verpleegkundige, die zou kunnen zeggen aan de patiënt: hoe hebben jullie de afstand van de student tot jullie ervaren? Patiënten gaan dan misschien op dat moment zich bewust worden van... Staat die student dicht bij jou als patiënt?

Ja, ja, zeer dicht (antwoord van de patiënten)

Ha ja,...zeer dicht! (de bedenking van de verpleegkundige)

Is zeer dicht, té dicht? (de reactie van de verpleegkundige op het antwoord van de patiënten)

Ja, het is eigenlijk meer een vriend. (het antwoord van de patiënten)

(Philip, stagebegeleider)

In kwadrant 3 situeren we de feedback die uitgewisseld wordt tussen patiënten en studenten, waar er bij studenten wel veel faciliterende factoren aanwezig zijn, maar niet bij de patiënt. De data laten zien dat patiënten dan indirecte of 'arme' feedback geven. De coachverpleegkundige werkt toe naar tijd nemen, fungeert als vertaler van wat er zich bij de patiënt voltrekt, of past de methodiek eventueel aan, waardoor

patiënten alsnog kunnen zeggen wat moeilijk zegbaar is. Analyse van de data laat zien dat het aanbieden van non-verbale expressiemogelijkheden hier zijn plaats zou kunnen hebben.

ik zou ze eigenlijk nog een heel dikke knuffel willen geven, maar ja... .(lacht en haalt de schouders op) (Katia, laaggeschoolde vrouw)

participerende observatieperiode: een patiënte neemt vandaag ontslag. Ik heb met haar een babbel in de gang

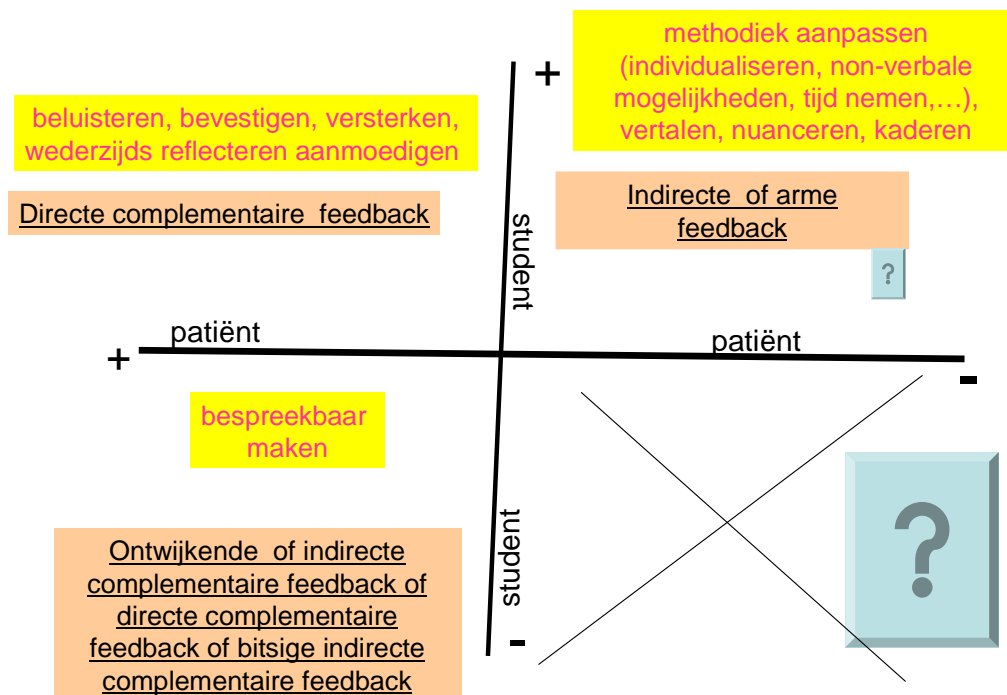
Ze verwoordde dat het bij haar een diepe indruk had nagelaten, toen met de groep uitgebeeld werd, wie zij voor hen betekend had. Ze vertrouwde me toe dat ze een bloem hadden uitgebeeld, die stilletjes meer en meer open bloeide. Toen A. me dit toevertrouwde, stond ik stil bij het gegeven dat patiënten misschien ook met woorden, gedicht, muziek, expressie 'uitdrukking' kunnen geven aan wat de student voor hen betekend heeft. Dit moet ik zeker meenemen.

(methodologische reflectie tijdens de participerende observatieperiode)

Aan mij moet je het vragen, en dan nog zal ik niet alles zeggen wat er scheelt. Dat is gewoon zoals ik ben, ik weet wel dat ik dat nog moet veranderen, maar ja, voor hetzelfde geld heb je andere mensen aan wie je dat niet moet vragen. Misschien daarom ook dat ik vraag om een kordatere aanpak, omdat ik dat zelf ook nodig heb (lacht) en dat andere mensen iets totaal anders wensen van een stagiair.

(Cloë, patiënte eetstoornissen)

In *kwadrant 4* tenslotte situeren we de feedback die uitgewisseld wordt tussen patiënten en studenten, waarbij zowel bij student als bij patiënt vooral complicerende factoren aanwezig zijn. Hoewel hiervoor geen data beschikbaar was, dient redelijkerwijs en op ethische gronden dan afgezien te worden van cliëntenfeedback.



Figuur 2: kwadrantmodel coachverpleegkundige

4.5.5 Waarde van cliëntenfeedback

4.5.5.1 Waarde voor de patiënt

De data tonen zeer consistent aan dat het betrokken worden in het geven van feedback over studenten steeds waarde heeft. Betrokken worden in cliëntenfeedback geeft waarde aan de patiënt doordat ze een stem krijgen en doordat een forum gecreëerd wordt waarin ze hun opvattingen kwijt kunnen. Ze voelen zich beluisterd en ze krijgen de kans te zeggen wat ze zelf belangrijk vinden. Hun belevings- en ervaringswereld komt zo meer op de voorgrond, wat studenten (en de coachverpleegkundige) gevoeliger kan maken voor wat patiënten nodig hebben en wie ze zijn. Indirect draagt het daardoor bij tot een zich meer gelijkwaardig voelen in de relatie met verpleegkundigen.

(...) Want als iemand hier, weet ik veel, twee maand zit of zo, een stagiair, en die persoon blijft die opmerkingen geven, waar iedereen verdrietig van wordt, dan is het, denk ik wel zinvol dat dit kan gezegd worden, dat er ruimte is om het te kunnen zeggen. (Eline, patiënte, langdurige opname)

De geïnterviewde patiënten zelf voelen zich er niet door belast of door gestoord. Vier van de zeven patiënten gaven expliciet aan dat ze het waardevol vinden een bijdrage te kunnen leveren in de opleiding van de studenten. Verder blijkt dat betrokken worden in cliëntenfeedback een positieve invloed kan hebben op de sfeer op de afdeling.

hoh ja, bijv. we maken er wel eens grapjes over. Da's wel plezant. "Pas op, want wij moeten je wel beoordelen hé!". Dat bevordert de sfeer wel een beetje (nadrukkelijk), als hij iets zegt of doet, dan zeggen we: 'jamaar, pas op, want donderdag...'
(Danielle, ontslagnemende patiënte)

4.5.5.2 Waarde voor de student

Ook alle studenten ervaren cliëntenfeedback als een zinvol gebeuren. Het brengt hen niet alleen in contact met het patiëntenperspectief, met wat patiënten belangrijk vinden in hoe studenten zijn en functioneren op de afdeling, het heeft ook waarde voor hun eigen leerproces. Uit de data blijkt dat cliëntenfeedback voor de betrokken studenten een bevestigend effect heeft. Studenten voelen zich soms onzeker over hun functioneren. Het leerproces kunnen bespreken ondersteunt studenten in het zich afstemmen op patiënten. Tezelfdertijd worden studenten aangemoedigd te reflecteren over hoe ze in relatie staan met de patiënt. Verder kan cliëntenfeedback een signaalfunctie hebben. Aan de hand van de cliëntenfeedback kunnen studenten vroegtijdig eigen houding en gedrag bijsturen.

Voor haar was die patiëntenfeedback een ongelooflijke bevestiging. Ik weet dat ik haar nog haar gezegd heb: een betere narcistische bevrediging en bevestiging kan je eigenlijk niet krijgen dan dat je nu gehad hebt.
(Philip, stagebegeleider; over studente Joke)

De minpunten die patiënten aanbrachten bij mij waren dat ik vooral moet opletten met mijn sociaal gedrag, dat ik daar ook niet overga. Dat ik niet te dicht sta bij de patiënt, ja, dat was het. Pas daar wat mee op.

(wat verder in het interview) Maar ik denk dat ik met dit gekregen minpunt al rekening ermee hield van vooraf. Maar door die reactie te krijgen, dat is eigenlijk een soort heropfrissing. (Joke, student)

4.5.5.3 Waarde voor de coachverpleegkundige

De twee betrokken verpleegkundigen zagen het project bevestigd, dat het actief betrekken van cliënten wel degelijk mogelijk is en waarde heeft. Naarmate ze meer ervaren werden met de methodiek, groeide het vertrouwen in de mogelijke meerwaarde die cliëntenfeedback kan bieden. Zo werd op de beide afdelingen progressief een meer gevarieerde patiëntengroep betrokken in het project. Uit de data blijkt ook dat de verpleegkundigen soms verrast waren van de ingebrachte feedback. Wat patiënten aangaven, vervolledigde of nuanceerde de kijk van de verpleegkundige op de student, of op de patiënt. Het zorgde er soms voor dat verpleegkundigen met nieuwe ogen naar de werkelijkheid kijken, wat door henzelf als verfrissend ervaren wordt. De kwaliteiten van de patiënt komen meer centraal te staan.

Van één iemand was ik toch wel geschrokken dat dit toch wel mogelijk was. Dat daar geen afbreuk werd gedaan aan het project, of aan het systeem, en dat we niet iets naar het hoofd geslingerd kregen van: "En moet dat nu? Want het was wel buiten de therapie-uren. (...) Het was 's avonds om 17 u. Maar ze waren daar heel gewillig en dat op zich toont ook wel dat er een enorme interesse is voor zo'n project.

(Francine, coachverpleegkundige)

Ja inderdaad, dat was iets wat mij persoonlijk nog niet opgevallen was bij haar. Dat zij haar grenzen niet trok. Dat neem je dan wel mee naar een evaluatie, daar zou ik daar wel rekening mee houden naar een evaluatie toe, dat ze daar oog voor hebben. Als de patiënt dat aanvoelen al, we kunnen haar om de tuin leiden, we kunnen veel aandacht vragen en krijgen van haar, terwijl dat niet altijd even goed is. Dat is iets om mee te nemen. (Koos, coachverpleegkundige, tweede interview)

4.6 Plaats van cliëntenfeedback in het assessmentsgebeuren

De data laten zien dat alle studenten, geïnterviewde verpleegkundigen en stagebegeleiders cliëntenfeedback ervaren als een complementaire vorm van feedback. De cliëntenfeedback vult de reeds bestaande vormen van feedback aan.

Bij de zeven geïnterviewde patiënten daarentegen is er niet zo'n éénduidigheid over hoe ze cliëntenfeedback plaatsen ten opzichte van de gebruikelijke stagebeoordeling. Twee patiënten zien de feedback als aanvullend en bijdragend tot het vervolledigen van het beeld van het functioneren van de student. Vier patiënten percipiëren hun feedback als een minder belangrijke vorm van feedback, waar minder rekening moet mee gehouden worden. In dezelfde interviews komt indirect ook de lage zelfwaarde van de patiënten naar voor. Verder geven ze ook aan hoe belangrijk het voor hen is dat er geen punten of een beoordeling moet toegekend worden aan de student.

maar ik vind dat bij een beoordeling van een stagiair nog altijd wel de mening van de stagebegeleider en de verpleging zeker de overmacht hebben, dat zij ook nog altijd meer een objectief beeld erop hebben, ook naar ons uit, dat zij meer een objectief zicht hebben. Ik vind het ook zeker goed dat wij geen punten moeten op geven en dat dat van ons helemaal niet meetelt. (Dora, patiënte)

Eén patiënt plaatst de patiëntenfeedback boven de andere feedback die studenten krijgen tijdens de stage. In haar interview onderstreept ze herhaaldelijk de waarde van de patiëntenfeedback.

Ik; als je kijkt naar de feedback op zich die je meegeeft aan S., vind je de feedback van jullie belangrijker of minder belangrijk dan de feedback van de verpleegkundige?

P.; dat wel

Ik; dat wel?

P.; dat vind ik toch. Ze zijn anders tegenover ons, denk ik of dat ze zijn t.o.v. de verpleging

Ik; hm; ja, dat jullie een beter beeld kan vormen van S. dan de verpleging?

P.; ik denk dat wel. Ze spreken zij alleen met ons, niet dat zij niet spreken met de verpleging. Dat wel niet. Ik vind dat wel. Dat wij daar mee in mogen beslissen zagezegd. Ja. (Katia, laaggeschoolde patiënte)

4.7 Plaats van cliëntenfeedback in het geheel van de opleiding

Volgens de geïnterviewde stagebegeleiders sluit cliëntenfeedback aan bij de accenten die in de opleiding meegegeven worden. Cliëntenfeedback vervolledigt volgens hen het holistisch kijken naar de student, wat bijdraagt tot een correcter inschatten van het stagefunctioneren van de student. Ook het open en direct communiceren met patiënten in het ontlokken van de feedback vinden ze waardevol.

De stagebegeleiders vinden dat de opleiding een positieve bijdrage kan leveren in het valoriseren van cliëntenfeedback. Concreet denken ze hierbij aan: het aanbieden van onderwijsactiviteiten die de gevoeligheid voor diversiteit verhogen bij studenten, het actief stimuleren van studenten om onbevangen en open een gesprek aan te gaan met patiënten rond het eigen functioneren, actief samen met patiënten onderzoeken hoe patiënten meer betrokken kunnen worden in de opleiding, mee bewaken dat de directe feedback die studenten krijgen van patiënten over hun persoon meegenomen wordt in het verdere leerproces, het zelf actief bespreekbaar stellen van het functioneren van de student in rechtstreeks contact met de patiënten.

Hoh,, ik zie de meerwaarde dan aan beide kanten. Rechtstreeks, als ik mag spreken voor de patiënten naar de studenten toe, kan het in hun leerproces zitten. En naar student toe dat hij het direct opvangt. Het is natuurlijk ook wel zo dat ik in de opleiding meer zou kunnen inbouwen of kunnen meegeven. Misschien zit een deel van de verantwoordelijkheid hier in dat je als student zelf evaluatie vraagt aan de patiënt? (Noë, stagebegeleider).

5 Discussie en conclusies

5.1 Implicaties voor de praktijk - mogelijkheden en beperkingen

De resultaten tonen aan dat alle zeventien participanten het erover eens zijn dat het waardevol is wanneer cliënten formeel betrokken worden in de stagefeedback van derdejaars studenten psychiatrische verpleegkunde. Patiënten, studenten, verpleegkundigen en stagebegeleiders geven aan dat dit zeker nog niet de gangbare praktijk is. Ook de literatuur bevestigt dat patiënten pas eerder recent een meer actieve rol toebedeeld krijgen in het verpleegkundig onderwijs (Farrell, C., Towle, A., Godolphin, W., 2006).

Lathlean et al (2006) relateren de terughoudendheid om patiënten volwaardig te betrekken aan een kennistekort bij verpleegkundigen. Verpleegkundigen weten niet hoe cliënten actief te betrekken bij de stage van studenten. Ook in dit onderzoek kon bij de start van het onderzoek een zekere terughoudendheid en gereserveerdheid van de verpleegkundigen ten aanzien van het ontlokken van cliëntenfeedback vastgesteld worden. Het ontwikkelde protocol kan dan voor verpleegkundigen een belangrijk hulpmiddel zijn in het opstarten van cliëntenparticipatie in stagefeedback. De éénduidige positieve appreciatie ervan na een éénmalige bijsturing is op dit vlak alleszins bemoedigend.

Uit het onderzoek komt ook naar voor dat patiënten hun taak op het vlak van het feedbackgebeuren met een grote verantwoordelijkheidszin opnemen. Voor verpleegkundigen en stagebegeleiders was dit een verrassende vaststelling.

De feedback van patiënten wordt door de studenten, verpleegkundigen en stagebegeleiders als een waardevolle aanvulling ervaren op het totale feedbackgebeuren. Cliëntenfeedback draagt direct bij tot een meer holistische feedback voor de student. De directe bijdrage situeert zich in de heel concrete feedback die patiënten aanbrengen, feedback die in direct verband staat met de concrete persoon achter de patiënt. Het onderzoek laat verder zien dat ook de effecten van cliëntenfeedback het persoonlijk functioneren positief beïnvloeden. Zo had

cliëntenfeedback een positieve invloed op de 'self-efficacy' van de betrokken studenten en een positieve invloed op zelfwaarde van de betrokken patiënten.

Patiënten zijn, in vergelijking met de verpleegkundigen, meer continu aanwezig op de stageafdeling. Hun continue aanwezigheid stelt hen in staat evolutie te zien in het functioneren van de student, wat hen toelaat een continuïteitsrol in het feedbackgebeuren op te nemen.

Voor studenten is de feedback die ze van patiënten krijgen vaak nieuw en verrassend. Toch zien patiënten dit zelf vaak niet zo. Gevoelens van minderwaardigheid en incompetentie maken het de patiënten soms moeilijk grote waarde aan de eigen feedback te geven. Uit de analyse van de data blijkt wel dat het formeel betrokken worden in de stage van studenten, de ongelijkwaardigheid in de relatie wat wegwerkt. Vandaar ook het belang van patiënten positief te ondersteunen in dit hele proces. Morgan S. & Sangarran R. (1997) wezen eveneens reeds op het belang patiënten te empoweren gedurende het feedbackgebeuren. Patiënten vrezen verder schade te berokkenen aan een student door haar (hem) onrechtmatig te beoordelen. Daarom is het van belang de cliëntenfeedback niet in punten te vertalen.

Afdoende aandacht voor procesfactoren zoals voorbereiding, tijds kader, duidelijke verwachtingen, het accentueren van het unieke perspectief van waaruit patiënten feedback kunnen geven aan de student, is vanuit deze context dan ook belangrijk. Naast het ontwikkelde protocol, kan de coachverpleegkundige hierin een belangrijke rol spelen. Juist zij (hij) kent de patiënten heel goed en kan binnen de mogelijkheden van de afdeling een goed klimaat bewerkstelligen waarin naar voldoende veiligheid toegewerkt wordt. Op die manier wordt een forum gecreëerd, waarbij patiënt, student én verpleegkundige elkaar ontmoeten. De persoonlijke vaardigheden enerzijds en de tijd die de verpleegkundige spendeert in het leren kennen van de patiënt en student anderzijds beïnvloeden dan weer de kwaliteit van deze ontmoeting. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek in verband met de verpleegkundige en de studentverpleegkundige-patiëntrelatie. Doordat cliëntenfeedback direct bijdraagt tot het installeren van een faciliterende relatie, zal ook de verpleegkundige-patiëntrelatie hierdoor positief beïnvloed worden (Suikkala, A., Leino-Kipli, H., 2005)

Men zou kunnen oordelen dat cliëntenfeedback verzamelen op de wijze zoals het hier geschetst werd, een (te?) grote inspanning vraagt van de betrokkenen. Er moet immers naar een goede synergie van student-, patiënt- en organisatiefactoren toegewerkt worden, wat als een lastig proces zou kunnen ervaren worden.

Eenvoudigere systemen worden gebruikt, maar verliezen vlug hun nuancering en daardoor hun waarde als feedback (Calman et al, 2002).

De resultaten in dit onderzoek geven éénduidig aan dat cliëntenfeedback onder de gestelde condities waarde genereert voor patiënten, studenten en verpleegkundigen. De onderzoeker meent dan ook dat bij alle derdejaarsstudenten psychiatrische verpleegkunde het meer dan de moeite waard is om steeds te onderzoeken hoe cliënten actief en formeel kunnen betrokken worden in de stage van studenten. Het ontwikkelde praktijkmodel, het conceptueel kader en het kwadrantmodel kunnen hierbij een hulp zijn.

5.2 Methodologische beschouwingen

Het onderzoek heeft een aantal methodologische beperkingen en grenzen. We bespreken ze hierna.

Het is een beperkte studie. Dat heeft zijn consequenties. Maar er is wel veel gedaan om rijke gegevens te verkrijgen.

Omdat niet bekend was hoe cliëntenfeedback op een psychiatrische afdeling op een formele, methodische manier kan opgezet worden, diende de onderzoeker een eigen praktijkmodel te ontwerpen. Hoe dit praktijkmodel tot stand kwam en getoetst werd, werd reeds uitvoerig beschreven (zie hoofdstuk 2 en zie 4.4.). De sterke verwevenheid van de onderzoeker, bij zowel het ontwerp van het praktijkmodel, als bij de toetsing en evaluatie van de waarde van cliëntenfeedback voor de betrokken participanten, stelde hoge eisen aan de objectiviteit van de onderzoeker. Door bij de supervisie van het onderzoek wel die objectiviteit zo goed mogelijk te bewaken, werd daar zo goed mogelijk aan tegemoet gekomen. Ook andere maatregelen werden genomen om de validiteit van de studie te bewaken (zie ook 3.7.).

Op de afdeling eetstoornissen werden de interviews van de patiënten gehouden, in bijzijn van de coachverpleegkundige. Hoewel de verpleegkundige zich onthield van elke commentaar, kan haar aanwezigheid invloed gehad hebben op wat de patiënten vertelden en ook op eventuele vertekening van de resultaten. Anderzijds kan de aanwezigheid van een vertrouwde verpleegkundige een geruststellende invloed gehad hebben op de patiënten, waardoor ze meer ontspannen aanwezig konden zijn tijdens het semi-gestructureerde interview. Op de afdeling verslavingszorg kon de

onderzoeker wel volledig onafhankelijk de patiënten interviewen. Vergelijking van de interviews leerde dat patiënten op beide afdelingen gelijksoortige gegevens aanbrachten. Tijdens de participerende observatieperiode op de afdeling eetstoornissen kon de onderzoeker zelf vaststellen dat het installeren van voldoende vertrouwen naar deze doelgroep toe belangrijke aandacht behoeft. Redelijkerwijs mag dan ook aangenomen worden dat de aanwezigheid van de verpleegkundige juist bevorderlijk was voor de kwaliteit van het onderzoek.

Het voorliggende onderzoek was een verkennend onderzoek. De resultaten zijn vooral beschrijvend van aard. Daarnaast was de steekproef beperkt. Er werden enkel derdejaarsstudenten en twee stagebegeleiders van twee Vlaamse hogescholen voor verpleegkunde betrokken. Alle studenten die zich tussen oktober 2006 en april 2007 aandienden voor stage op de respectievelijke onderzoeksafdelingen, werden aangezocht mee te werken aan het onderzoek. De vier studenten waren eerder willekeurig gekozen.

De patiënten werden gerekruteerd uit twee specifieke settings in de geestelijke gezondheidszorg. Beide settings kenmerkten zich door een eigen cultuur, werking en dynamiek.

Van de zeven patiënten die geïnterviewd werden waren er 6 vrouwen en slechts 1 man. Zes van de zeven patiënten hadden een diploma hoger onderwijs op zak. Omdat opleidingsniveau en geslacht een mogelijke invloed zou kunnen hebben op hoe de participanten cliëntenfeedback beleven en ervaren, kan men zich afvragen of het niet mogelijk was geweest toe te werken naar een nog grotere variatie van de patiëntenpopulatie. Op de afdeling eetstoornissen melden zich evenwel bijna uitsluitend vrouwelijke patiënten aan voor behandeling. Dit verklaart dan ook deels de oververtegenwoordiging vrouwen onder de geïnterviewde patiënten. Wat opleidingsstatus betreft, werd gepoogd mogelijke vertekening op basis van opleiding tegen te gaan door met opzet ook een lager opgeleide poetsvrouw als respondent te benaderen. Variatie bij de respondenten werd ook nagestreefd door doelbewust (en in samenspraak met de coachverpleegkundige of hoofdverpleegkundige) patiënten te interviewen op verschillende tijdstippen in het behandelproces (zie ook 3.4., tabel 1). Doel was om op die manier te zoeken naar een negatief bewijs, dat de uitkomsten kon verdiepen (Boeije, H., 2005). Gegeven de beperkingen mag verondersteld worden dat de situaties voldoende verschillend waren om variaties in de betekenisgeving over cliëntenfeedback aan het licht te brengen.

Er werd geopteerd om de coachverpleegkundigen te interviewen. Vanuit hun direct contact met de patiëntengroep waarin de cliëntenfeedback zich voltrok, konden zij de rijkste data aanbrengen, zowel over het proces als over wat inhoudelijk naar voor gebracht werd. Verder waren zij het die het uitgewerkte protocol in de praktijk dienden te brengen op de afdeling. Door de onderzoeker werden ze dan ook in het hele proces als medeonderzoeker benaderd. Mogelijks heeft deze sterke betrokkenheid met het onderzoek invloed gehad op de uiteindelijke onderzoeksresultaten. Om deze mogelijke vertekening te voorkomen, werd geopteerd om twee maal op verschillende tijdstippen met hen een interview af te nemen. Verder werden hun ervaringen geconfronteerd met de ervaringen van de twee indirect betrokken stagebegeleiders, die meer van op afstand hun reflecties op het hele onderzoeksopzet konden weergeven. Bijgevolg werden de stagebegeleiders doelbewust pas in de eindfase van het onderzoek bevestigd.

Heel wat literatuur in verband met cliëntenparticipatie onderstreept het belang te streven naar een volwaardige en actieve participatie van patiënten bij het opzetten van projecten waarin patiënten betrokken worden (Le Var, 2002, INVOLVE publicaties allerhande). Hoewel een participerende observatieperiode voorafging aan het ontlokken van cliëntenfeedback bij studenten, werden patiënten om pragmatische redenen (tijdstekort) niet ruimer betrokken in het verdere onderzoeksopzet. Ook de onbekendheid met het concept speelde mee in de beslissing patiënten niet ruimer te betrekken. In vervolgonderzoek kan hier wel aandacht aan gegeven worden.

5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit onderzoek werd uitgevoerd in twee centra, waar reeds een positieve cultuur bestond met betrekking tot cliëntenparticipatie. Of cliëntenfeedback ook waarde heeft voor student én patiënt in een setting waar cliëntenparticipatie minder aandacht krijgt in de afdelingswerking, kan niet gezegd worden. Mogelijk zou een project over cliëntenfeedback de motor kunnen zijn voor verandering, maar dan zal wel eerst onderzocht moeten worden waarom tot nu toe weinig aandacht aan cliëntenparticipatie gegeven wordt, en wat vereist is om dat te bereiken. De twee centra die participeerden kenmerken zich ook door een enigszins afgebakende patiëntenpopulatie. Slechts een kleine steekproef van participanten werd betrokken in het onderzoek. Hoewel studenten niet geselecteerd werden op basis van hun functioneringsniveau,

functioneerden alle geïnccludeerde studenten op een goed tot sterk niveau. Dit werd meermaals bevestigd door zowel de betrokken patiënten, de verpleegkundigen, als de stagebegeleiders. Verpleegkundigen en stagebegeleiders (en niet de patiënten) stelden zich tijdens de interviews de vraag of cliëntenfeedback op dezelfde manier gehanteerd zou kunnen worden bij studenten die eerder zwak presteren. Hoewel deze vraag zou kunnen doen vermoeden dat negatieve feedback niet aan bod kwam tijdens de interviews, kon op basis van de kwalitatieve analyse van de data wel een kwadrantmodel (zie 4.5.4) ontwikkeld worden. Het ontwikkelde model toetsen en verder verfijnen via het betrekken van een grotere groep van studenten en ook studenten die vanuit het oogpunt van verpleegkundigen en stagebegeleiders slecht presteren, lijkt dan ook aangewezen. Onze data zijn te beperkt om het ontwikkelde model afdoende te funderen. Anderzijds bevestigt 'parallelle' literatuur de onzekerheid die leeft bij de geïnterviewde verpleegkundigen en stagebegeleiders. Kwalitatief onderzoek van Calman (2006), waarbij de competenties van verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis bevestigd werden via diepte-interviews met patiënten, toonde aan dat patiënten onzeker en weerhoudend zijn om zich kritisch uit te laten over de zorg (Calman, L., 2006). De afhankelijkheidsrelatie, een onvoldoende kunnen innemen van een totaalperspectief, niet weten hoe negatieve feedback te brengen en geen afbreuk willen doen aan hulpverleners, op wie ze mogelijks nog verder een beroep zullen moeten doen, zijn hierbij meespelende factoren.

Ook vanuit het oogpunt van de patiënt is het belangrijk de bekomen inzichten verder te verdiepen en te nuanceren. Het project werd opgestart en geïmplementeerd op twee welomschreven afdelingen, waar cliëntenparticipatie reeds integraal deel uitmaakte van de afdelingswerking. Ondanks het enthousiasme en het geloof in het project, was er op beide afdelingen toch bij aanvang ook enig voorbehoud vast te stellen bij de betrokken verpleegkundigen. Vandaar dat in samenspraak met de betrokken afdeling geopteerd werd om eerst bij een vrij afgelijnde doelgroep cliëntenfeedback te ontlokken. Naarmate het project vorderde, kon in samenspraak met de betrokken verpleegkundigen en met positief resultaat een steeds meer gevarieerde populatie van patiënten betrokken worden in de cliëntenfeedback. Dit gegeven illustreert dat het uittekenen van de lijnen waarin cliëntenfeedback optimaal kan verlopen nog verder afgetast kunnen worden. Bij de start was het trouwens ook de bedoeling van een afdeling angst- en stemmingsstoornissen te betrekken in het project. De participerende observatie op deze afdeling liet zien dat patiënten en verpleegkundigen het project

genegen waren. Na tussentijdse data-analyse en na een eerste aftekening van de onderzoeksresultaten (ontwikkeling van conceptueel kader (zie 4.5.1.)), werd in overleg met de supervisor (M.G.) ervoor gekozen het onderzoek op deze afdeling niet op te starten. Het zich beperken tot twee onderzoeksafdelingen stelde de onderzoekers wel in staat de gevonden inzichten verder te verdiepen.

Het onderzoek is een eerste verkenning van hoe cliëntenfeedback vorm kan gegeven worden in stage van studenten verpleegkunde in Vlaanderen. Onderzoek naar hoe cliëntenfeedback kan verbreed worden naar andere doelgroepen (bijv. patiënten met een psychotische kwetsbaarheid, niet gehospitaliseerde patiënten), is dan ook aangewezen. Of cliëntenfeedback bij deze groepen ook waarde genereert voor alle betrokkenen, kan op basis van dit kwalitatief onderzoek niet gezegd worden. Wel onderstreept dit onderzoek het belang van aandacht te geven aan patiënt-, student- en organisatiekenmerken, zowel bij het opzetten als het ontlokken van de cliëntenfeedback. Bij het taxeren van deze factoren kunnen het (in dit onderzoek ontwikkeld) praktijkmodel, conceptueel kader en kwadrantmodel ingezet worden. Bij patiëntengroepen, waar vooral complicerende factoren op de voorgrond staan, zal het belangrijk zijn ook aandacht te geven aan het ontwikkelen van gedifferentieerde werkvormen in het ontlokken van de cliëntenfeedback.

5.4 Eindconclusie

Hoewel de cliënt een centrale plaats toegemeten krijgt in de opleiding in het algemeen en in stagebesprekingen in het bijzonder, is diezelfde cliënt nog al te vaak niet als formele partner betrokken in de stagefeedback van derdejaarsstudenten psychiatrische verpleegkunde.

In dit onderzoek werd op basis van een literatuurstudie, participerende observatie en gesprekken met relevant geachte betrokkenen, een praktijkmodel uitgewerkt, om cliëntenparticipatie praktisch vorm te geven.

De literatuur wijst zowel op de obstakels als mogelijkheden om cliëntenparticipatie in stagefeedback te realiseren. De geanalyseerde data uit dit onderzoek laten zien dat cliëntenfeedback pas betekenis kan krijgen, wanneer een veilig kader gecreëerd wordt. Vertrouwen, voorspelbaarheid, elkaar kennen en het ontwikkelde praktijkmodel vormen de hoekstenen van dit kader. Ook patiënt- en studentfactoren bepalen de mate waarin patiënten al of niet betekenisvol kunnen participeren in stage van studenten. De

coachverpleegkundige blijkt in dit hele gebeuren een hoofdrol te spelen, opdat cliëntenfeedback van waarde zou kunnen zijn voor alle participanten. De data suggereren dat de waarde die cliëntenfeedback kan genereren afhankelijk is van de mate waarin de coachverpleegkundige de eigen psychiatrisch verpleegkundige kerncompetenties flexibel en aangepast kan inzetten in het totale proces van de cliëntenfeedback.

De actieve bijdrage van de coachverpleegkundige zorgt ervoor dat alle betrokkenen waarde onttelen aan cliëntenfeedback. Deze waarde kan verschillende betekenissen hebben voor de participanten: elkaars perspectief erkennen en valoriseren, bevestigd worden, een uitlaatklep vinden, leren en leren van elkaar.

Dit onderzoek pleit ervoor dat de begeleidende stagementor over specifieke psychiatrische competenties beschikt. Door de wijze waarop zij (hij) het proces van cliëntenfeedback hanteert, kan de stagementor model staan voor de student. Dit genereert voor de student alvast een dubbel leereffect. Voor de patiënt met een psychiatrische problematiek betekent het een gehoord en beluisterd kunnen worden, ook in de kwetsbaarheid die haar/hem kenmerkt.

6 Literatuurlijst

- Abraham, I, & Peuskens, J.(1998). Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde, concept en methodiek. Leuven: Garant.
- Aelvoet, M., & Verwilgen, M. (2002). Wet betreffende de rechten van de patiënt, 22 augustus 2002. Opgehaald op 5 oktober, 2006, van www.health.fgov.be/EMDMI/nl/Wetgeving/wet-rechtenPatient.htm
- Ager, W. (2005). Integrated assessment, involvement of users and carers. Service User and Carer Feedback in Placement Reports: a comparison of placement. Scottish Institute for excellence in social work education.
- Ahuja, A.S., & Williams, R. (2005). Involving patients and their carers in educating and training practitioners. *Current opinion in Psychiatry*, 18,374-380.
- Baarde, D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (1998). Kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten: Stenfert Kroese.
- Bernett, L., & Baikie, K. (2003). The Client as educator: learning about mental illness through the eyes of the expert. *Nurse Education Today*, 23, 104-111.
- Boland, T.B., Klinge, I., Bosch, M. (2005). Compendium diversiteit. Diversiteit en patiëntenperspectief. Maastricht: centrum gender en diversiteit. Opgehaald op 24 september, 2006, van <http://www.zonmw.nl>
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boevink, W., Plooy, A., Van Rooijen, S.(2006). Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. Passagecahier. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

- Calman, L. (2006). Patients views of nurses competence. *Nurse Education Today*, 26, 719-725.
- Calman, L., Watson, R., Norman, I., Redfern, S., & Murrells, T. (2002). Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5), 516-523.
- De Jonge, M. (2006). De eigen waarde van ervaringskennis. *Sociale psychiatrie*, 25, (12), 81. Opgehaald op 29 oktober, 2006, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/indexsp/sp81.html>
- De Rycke, R. (2002). Strategisch management voor de gezondheids- en welzijnssector. Tiel: Lannoo.
- Dolan, G. (2002). Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *Journal of Clinical Nursing*, 12, 132-141.
- Duffy, J. (2006). Participating and learning, Citizen Involvement in Social Work Education in the Northern Ireland Context, a Good Practice Guide.
- Edwards, K. (2000). Service users and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 555-565.
- Farrell, C., Towle, A., Godolphin, W. (2006). Where 's the patient's Voice in Health Professional Education. A report from the 1st International Conference, organized by the Division of Health Care Communication, College of Health Disciplines, The University of British Columbia.
- Felton, A., & Stickley, T. (2004). Pedagogy, power and service user involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 89-98.
- Forrest, S., Risk, I., Masters, H., & Brown, N. (2000). Mental health service user involvement in nurse education: exploring the issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 51-57.

- Frisby, R. (2001). User Involvement in mental health branch education: client review presentations. *Nurse Education Today*, 21, 663-669.
- Glenister, D. (1994). Patient participation in psychiatric services: a literature review and proposal for a research strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 802-811.
- Grypdonck, M. (2005). Visieontwikkeling en basisconcepten in de verpleegkunde en vroedkunde. Niet gepubliceerde cursus, *schakeljaar in de verpleegkunde en vroedkunde, 2005-2006*. Universiteit Gent.
- Hanley, B., Bradburn, J., Barnes, M., Evans, C., Goodare, H., Kelson, M., Kent, A., Oliver, S., Thomas, S., & Wallcraft, J. (2004). Involving the public in NHS, public health, and social care research: briefing notes for researchers. INVOLVE.
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., & Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 292-297.
- Happell, B., & Roper, C. (2003). The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the students' evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 343-350.
- Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 83-88.
- Hostick, T., & McClelland, F. (2000). Partnership: a co-operative inquiry between community mental health nurses and their clients. Research methodology, process and reflections. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 307-313.
- Jarrett, N., & Payne, S. (1995). A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 72-78.

- Lammers, J. & Happell B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, 10, 385-392.
- Lathlean, J., Burgess, A., Coldham, T., Gibson, C., Herbert, L., Levett-Jones, T., Simons, L., & Tee, S. (2006). Experiences of service user and carer participation in health care education. *Nurse education today*, 26, 742-737.
- Laurie, L., Peasley, H., Daley, M., Clark, L., Neilson, S., & Doel, M. (2006). Active participation in practice learning. Opgehaald op 28 oktober, 2006, van <http://www.practicelarning.org>
- Le Var, R. M. H.(2002). Patient involvement in education for enhanced quality of care. *International Nursing Review*, 49, 219- 225.
- Levin, E. (2004). Involving service users and carers in social work education. Social Care Institute for Excellence (SCIE)
- Livingston, G., & Cooper, C. (2004). User and carer involvement in mental health training. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10, 385- 392.
- Mahara, M. S. (1998). A perspective on clinical evaluation in Nursing Education. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (6), 1339- 1346.
- Mcandrew, S., & Samociuk, A. (2003). Reflecting together: developing a new strategy for continuous user involvement in mental health nurse education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 616-621.
- Mc Donnell, F. (2002). Report on Project to involve service users in assessment of candidates for the Certificate in Community Mental Health Care. Opgehaald op 4 juli, 2006; van <http://www.mhhe.heacademy.ac.uk/docs/external/jewishcare.doc>

- Melrose, S., & Shapiro, B. (2004). Students' perceptions of their psychiatric mental health clinical nursing experience: a personal construct theory exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6), 1451-1458.
- Miller, L., & Waters, R. (2006). Redressing the balance, user involvement in the training of mental health nurses in Wales. *Mind Cymru*
- Morgan, S., & Sanggaran, R. (1997). Client centred approach to student nurse education in mental health practicum: an inquiry. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 423-434. Morrisette, P.J. (2004). Promoting psychiatric student well-being. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 534-540.
- Morse, J.M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.
- Neary, M. (2000). Supporting students' learning and professional development through the process of continuous assessment and mentorship. *Nurse Education Today*, 20, 463-474.
- Norman, I.J., Watson, R., Murrells, T., Calman, L., & Redfern, S. (2001). The validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 133-145.
- Repper J., & Breeze, J., (2004). a review of the literature on user and carer involvement in the training and education of health professionals. Opgehaald 4 juli 2006, van: <http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/03/21/77/Finalreport.pdf>
- Robb, Y., Fleming, V., & Dietert, C. (2002). Measurement of clinical performance of nurses: a literature review. *Nurse Education Today*, 22, 293-300.

- Rungapadiachy, D.M., Madill, A., & Gough, B. (2004). Mental health student nurses perception of the role of the medical health nurse. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 11, 714-724.
- Rush, B. (2004). Mental health service user involvement in England: lessons from history. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 11, 313-318.
- Rydon, S.E. (2005). The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: the perspective of users of mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 78-87.
- Sahlsten, MJM, Larsson, IE, Lindencrona, CSC, & Plos, KAE (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 35–42
- Scharkey, V.B. (2002). Perspectives of collaboration/non-collaboration in a mental health inpatient setting. *Journal of psychiatric & Mental Health Nursing*, 9, (1), 49-55.
- Schultz., D., & Schultz, S.E. (2006). Psychology and work today, an introduction to industrial and organizational psychology. New Yersey: Pearson International Edition.
- Smit, C., & De Wit, M., Vossen, C., Klop, R., Van der Waa, H., & Vogels, M. (2005). Handboek patiëntenparticipatie in wetenschappelijk onderzoek. ZonMw.
- Spence, W. (2007). Interprofessional Action Research: loosening bricks in the modernist's walls. In Bassett, T & Stickley, T. (2007). Teaching and learning about mental health, Kingsham, Chichester, p. 121-142.
- Stacy, R., & Spencer, J.(1999). Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project *Medical Education*, 33 (9), 688-694.

- Stickley, T., & Gemma, B. (2006). Susa Booklet, Service User Student Assessment. Boekje met 'assessmentvragen' voor cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (vragenlijst werd ontwikkeld in samenwerking met cliënten, studenten, verpleegkundigen en wordt als pilootstudie momenteel uitgetest bij studenten verpleegkunde, University of Nottingham)
- Suikkala, A., Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing student-patient relationship: experiences of students and patients. *Nurse education today*, 25, 344-354.
- Tew, J., Colin, G., & Foster, S. (2004). Learning from experience: involving service users and carers in mental health education and training. Opgehaald 4 juli, 2006, van <http://www.mhhe.heacademy.ac.uk/>
- Tiwari, A., Lam, D., Yuen, K.H., Chan, R., Fung, T., Chan, S. (2005). Student learning in clinical nursing education: perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today*, 25, 299-308.
- Twinn, S.F. (1995). Creating reality or contributing to confusion? An exploratory study of client participation in student learning. *Nurse Education Today*, 15, 291-297.
- Van de Kar, F., Van Keijzerswaard, A., & Van Wel, T. (2004). Rehabilitatie: dat is toch normaal?! Van Gorcum, Assen.
- Van Haaster, H. (2005). Ervaren en weten. Leeuwarden: de Noord-Nederlandse boekhandel.
- Van Haaster, H., & Van Wijnen, A. (2005). Ervaringskennis werkt! VersieGroep, Harmelen.

Vermetten, Y., Daniëls, J., & Ruijs, L. (2004). Inzet van assessment: waarom, wat, hoe, wanneer en door wie? Beslismodel voor een beargumenteerde keuze van assessmentvormen in onderwijs en opleiding. Opgehaald op 2 november, 2006, van, <http://www.nvexamens.nl/index.php/nve/content/download/362/1810/file/Inzet+van+Assessment.pdf>.

Wood, J., & Wilson-Barnett, J.(1999). The influence of user involvement on the learning of mental health nursing students. *NT Research*. 4 (4), 257 – 270.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrieven en actiekaarten (versie 1)

- Bijlage 1a: Informatiebrief student
- Bijlage 1b: informatiebrief patiënt
- Bijlage 1c: actiekaarten

Bijlage 2: gegevens van de participanten

Bijlage 3: geïnformeerde toestemmingen

- Bijlage 4a: geïnformeerde toestemming patiënt
- Bijlage 4b: geïnformeerde toestemming student
- Bijlage 4c: geïnformeerde toestemming verpleegkundige/ stagebegeleider

Bijlage 4: Vragenlijst

Bijlage 5: Informatiebrieven en actiekaarten (versie 2)

- Bijlage 5a: versie 2 - informatiebrief student
- Bijlage 5b: versie 2 - informatiebrief patiënt
- Bijlage 5c: versie 2 - actiekaarten

Bijlage 1. infobrieven en actiekaarten

infobrief voor 'patiënten' (Versie 1)

Beste 'patiënt',

Tijdens uw verblijf op deze afdeling zijn er heel wat zorgverleners die zich inlaten met uw zorg. Onder hen ook laatstejaarsstudenten psychiatrische verpleegkunde, die op de afdeling minimum vier tot maximum 9 weken stage lopen. De stage heeft tot doel dat de student zich de specifieke taak van de psychiatrisch verpleegkundige eigen maakt. Om zich te kunnen ontwikkelen tot een goeie en bekwame psychiatrisch verpleegkundige, is het heel belangrijk voor de student dat hij informatie krijgt over 'wat reeds goed gaat', en 'waarin 'hij/zij' zich nog verder in kan ontwikkelen'. Tot nog toe is het zo dat de student deze informatie in hoofdzaak krijgt van de verpleegkundigen van de afdeling. Het is eerder ongewoon dat ook patiënten hierin betrokken worden. Nochtans hebt u als patiënt ook veel met de student te maken en kan U wellicht heel directe ervaringen aanbrengen, die voor de student belangrijke informatie zijn om verder mee te nemen in zijn of haar ontwikkeling tot psychiatrische verpleegkundige. Als patiënt kijkt U vanuit uw unieke perspectief naar de student en we denken dat 'het meenemen van dit perspectief' belangrijk is voor de student, de student die morgen (figuurlijk dan) uw individuele begeleid(st)er kan zijn.

Bij wijze van experiment (in het kader van een wetenschappelijke studie, opgezet vanuit de faculteit verplegingswetenschappen Universiteit Gent wordt op uw stageafdeling een onderzoek opgezet¹⁸, waarin we samen met U willen nagaan of dit effectief ook zo is. We willen nagaan of laatstejaarsstudenten 'psychiatrische verpleegkunde' er baat bij hebben als patiënten hen feedback geven en wat het voor u betekende 'betrokken' te worden in de zorg naar studenten. Mogelijk levert het onderzoek nieuwe kennis op, die bruikbaar kan zijn in het 'opleiden van psychiatrisch verpleegkundigen'.

De laatstejaarsstudent..... werd natuurlijk ook volledig ingelicht i.v.m. het onderzoeksoptzet en stemde in om mee te werken. De student kan natuurlijk ook blijven rekenen op de gewone evaluatie, zoals die gebruikelijk uitgebouwd wordt vanuit de afdeling.

Hoe gaat alles nu praktisch in zijn werk?

Concreet zal u uitgenodigd worden op minimaal twee en maximaal drie gespreksmomenten. Op dit gespreksmoment is ook de student zelf aanwezig (tenzij hij of zij er voor kiest (om welke reden dan ook) liever niet aanwezig te zijn) en een (vaste) verpleegkundige van uw afdeling. De gespreksmomenten worden begeleid door deze verpleegkundige. Die verpleegkundige is ook aanwezig op het tweede en op het derde gespreksmoment. De gespreksmomenten zijn gespreid over de volledige stagetijd (over de vier tot negen weken stage) en duren ongeveer een half uur.

In die gespreksmomenten kan u zelf beslissen wat u wil teruggeven naar de student toe. Wat u aanbrengt, blijft ook tussen u en de student.

U hoeft niets in te brengen wanneer u dit liever (nog) niet doet.

¹⁸ Dit onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent – augustus 2006 – er werd een goedkeuring gegeven om het onderzoek uit te voeren. Uw afdelingsarts is ook op de hoogte van dit onderzoek.

Volgende vraagjes kunnen u helpen “uw kijk op de student” scherper te krijgen voor u zelf en wat u hiervan wil mededelen naar de student toe;

- Hoe verliep uw relatie, communicatie,... met de student?
- Voelde U zich beluisterd, begrepen en in uw situatie ‘au serieus genomen’ ? Kan u hier ook voorbeelden van geven?
- Deed de student soms iets waarvan U dacht: dat had hij/zij beter niet gedaan? Voorbeelden?
- Als U terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou U daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?
-

Mocht u na dit besprekingsmoment behoefte hebben om over één en ander verder door te praten, dan kan u hiertoe altijd de verpleegkundige aanspreken.

We denken dat via uw feedback de student iets kan leren over wat u in de zorg belangrijk vindt en wat studenten moeten kennen, kunnen (doen), zijn, betekenen, ... om volgens U een goede begeleid(st)er, een goede psychiatrische verpleegkundige te worden.

Of dit zo is, moet het onderzoek uitklaren. Uw medewerking, uw ervaringen en bevindingen zijn hierin natuurlijk heel belangrijk, doordat ze juist voorwerp zijn van onderzoek en omdat we graag ook van u willen leren hoe ‘feedback van patiënten naar uw stage toe’ best vorm kan gegeven worden.

Ook als u vragen hebt i.v.m. deze brief, aarzel dan zeker niet om contact op te nemen met de hoofdverpleegkundige.

infobrief voor 'de student' (Versie 1)

Beste student,

Op onze afdeling vinden we het belangrijk zo maximaal mogelijk patiënten te betrekken in de behandeling en in de wijze van hoe dagdagelijks vorm gegeven wordt aan een 'passend' afdelingsklimaat.

Omdat stage nu ook éénmaal een realiteit is die zich om en bij de patiënt voltrekt, vinden we het dan ook belangrijk dat patiënten in dit gebeuren als volwaardige partner betrokken worden. Een manier waarop dit kan gebeuren, is patiënten formeel en expliciet feedback te laten geven over uw stagefunctioneren.

Uit literatuur blijkt dat feedback van patiënten een belangrijk instrument voor het leren van studenten vormt. Bij wijze van experiment (in het kader van een wetenschappelijke studie, opgezet vanuit de faculteit verpleegswetenschappen Universiteit Gent) wordt op uw stageafdeling een onderzoek opgezet, waarin we samen met U willen nagaan of dit effectief ook zo is. Concreet zullen gedurende minimum twee tot drie momenten (tijdens uw stage van 4 – 9 weken) patiënten uitgenodigd worden feedback te geven over uw stagefunctioneren. Als student bent u altijd aanwezig op deze besprekingen, tenzij u er voor kiest (om welke reden dan ook) liever niet aanwezig te zijn. In de eerste ontmoeting 'student-patiënten' kan u de patiënten informeren over de doelen van uw stage en wat u voor jezelf wil realiseren in deze stage.

Dit 'feedbackgebeuren' wordt begeleid door bij voorkeur steeds eenzelfde verpleegkundige (maar niet uw stagementor). Deze verpleegkundige zal de patiënten aanmoedigen hun feedback weer te geven aan de hand van volgende vragen:

- Hoe verliep uw relatie, communicatie,... met de student?
- Voelde u zich beluisterd, begrepen en in jouw situatie 'au serieus genomen' ? Kan u hier ook voorbeelden van geven?
- Deed de student soms iets waarvan u dacht: dat had hij beter niet gedaan? Voorbeelden?
- Als u terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou u daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?

Omwille van het "experimentele karakter" zal ervoor gezorgd worden dat de feedback van de patiënten niet de formele evaluatie die de afdeling aan de school geeft beïnvloedt. U zal er zeker geen nadelige invloed van ondervinden voor uw uiteindelijke beoordeling door de school.

De informatie die patiënten aanbrengen over uw stagefunctioneren, zal geen voorwerp vormen van de effectieve evaluatie van uw stage. (De effectieve evaluaties blijven gebeuren conform de afspraken die hieromtrent in de hogeschool met u werden gemaakt). Dit neemt niet weg dat u behoefte kunt ervaren om één en ander verder door te praten. Samen met de verpleegkundige kan u de 'gekregen' feedback altijd doorpraten. U kan er ook voor opteren om de feedback te noteren in uw logboek of dagboek en dan kan u dit op een later tijdstip oppakken.

Uw ervaringen en bevindingen i.v.m. deze feedbackprocedure zijn natuurlijk heel belangrijk, doordat ze juist voorwerp zijn van studie en omdat we graag ook van u willen leren hoe 'feedback van patiënten naar uw stage toe' best vorm kan gegeven worden.

Gedurende uw stage zal u uitgenodigd worden voor wellicht een tweetal gesprekken (zie ook 'geïnformeerde toestemming') en zal u bevraagd worden omtrent deze

feedbackprocedure door een student 'verplegingswetenschappen' van de universiteit Gent.

Mocht u nog verdere vragen hebben i.v.m. deze 'feedbackprocedure', aarzel dan zeker niet om contact op te nemen met de hoofdverpleegkundige.

(actiekaart) (versie 1) - 'coach' cliënten:

Wie?

- Verpleegkundige - In het project 'geloven'
- Mee helpen een veilig klimaat creëren, zodat én student én cliënt zich op hun gemak voelen om open met elkaar te spreken. Hiertoe een positieve bemoedigende houding aannemen t.o.v. cliënten en student en positief trachten in te werken op zelfvertrouwen van beide participanten

Hoe?

Voorbereiding;

- Samen met hoofdverpleegkundige een geschikt tijdstip uitkiezen in het weekprogramma en dit tijdig agenderen naar de cliënten toe
- Rationale van project doornemen

Waarde voor cliënt?

- Patiënt is expert van eigen conditie
- Feedback van de cliënt = authentieke stem gevend aan cliënt – bekijkt de dingen vanuit zijn of haar perspectief en dit is waardevol om mee te nemen voor een student, die nog zoekend is naar 'een goeie beroepshouding en wat hier allemaal mee samenhangt' (kennis, vaardigheden...) – cliënt kan heel directe ervaringen aanbrengen
- Indirect: project sluit aan bij participatief werkmodel dat op de afdeling gehanteerd wordt en doet (naar we vermoeden) appèl op gezonde deel van de cliënt – 'meetellen – van waarde zijn...etc.' via project uitdragen naar cliënten toe

Waarde voor student?

- Wellicht meer 'gebalanceerde' feedback verkrijgen
- Wellicht een extra leerervaring
- (Mogelijkheid tot) voeling krijgen met wat 'cliënten' belangrijk vinden in wat studenten doen of niet doen, in wat voor hen studenten moeten kennen, kunnen, zijn om zich waar te kunnen maken als psychiatrisch verpleegkundige.
- een middel om de verpleegkundige-patiëntrelatie en alles wat hier bewust of onbewust bijkomt leren open te bespreken en te leren hanteren

eigenlijke ontmoeting 'cliënten – student' (minimum 1 X/10 dagen) – als verpleegkundige coach moedig je vooral cliënten aan hun feedback te geven en probeer je hiertoe een veilige, ontvankelijke sfeer te creëren

- inleiding (doel, tijds kader, waarom belangrijk?, 'niets hoeft', maar wel fijn als je iets kan teruggeven naar '...', ...)
- kans geven tot 'feedback', aan de hand van volgende vraagstelling:
 - hoe verliep je relatie, communicatie met ... deze week?
 - Voelde je zich beluisterd, begrepen in jouw situatie? Kan je hier voorbeelden van geven?
 - Deed de student soms iets waarvan je dacht: dat had hij beter niet gedaan?
 - Als je terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou je daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?

- afronding + vooruitblik naar volgende ontmoeting

zonodig individuele debriefing voorzien voor student én of cliënt

actiekaart - hoofdverpleegkundige

Functie;

- coacht mee 'project' op de afdeling
- fungeert als tussenpersoon tussen 'onderzoeker' en 'afdeling'
- selecteert gericht 'coach' die feedback opneemt met cliënten
- vraagt 3dejaarsstudent om toestemming tot medewerking – cfr; geïnformeerde toestemming + informatiebrief toelichten
- plant in weekprogramma (1X/10dagen) een ontmoetingsmoment 'cliënten + coach + 'student'", in samenspraak met coach
- op geregelde basis voortgang van project bespreken met coach en zonodig bijsturen (bij moeilijkheden, onduidelijkheden kan steeds contact opgenomen worden met Bart (Bart.Debyser@UGent.be of tel. XXXXX)

In functie van semi-gestructureerde interviews;

- selectie 'cliënt' + afdelingsarts hiervan op de hoogte brengen en zo akkoord – Bart hiervan verwittigen + op dag van interview, checken of het voor cliënt kan dat interview doorgaat
- selectie van de verpleegkundige in afspraak met Bart
- selectie 'meewerkende student'
- voor alle participanten: laten ondertekenen van geïnformeerde toestemmingen

Bijlage 2: gegevens van de participanten

Gegevens van de participanten

Functie op het ogenblik van het interview	Interview (fictieve namen)	geslacht	Leeftijdscategorie	beroep	Hoogste niveau van opleiding	setting
Patiënten	Lies	Vrouw	40 – 50 jaar	Lerares lager onderwijs	Professionele Bacheloropleiding	Verslavingszorg
	Hendrik	man	50 – 60 jaar	Leraar middelbaar onderwijs	Masteropleiding	
	Joke	vrouw	40 – 50 jaar	poetsvrouw	Lager onderwijs	
	Cloë		20 – 30 jaar	Wetenschapper	Masteropleiding	Eetstoornissen
	Dora		20 – 30 jaar	Licentiate in de menswetenschappen	Masteropleiding	
	Daniëlle		20 – 30 jaar	Licentiate in de gezondheidswetenschappen	Masteropleiding	
	Eline		30 – 40 jaar	Artistieke opleiding	Professionele Bacheloropleiding	

Studenten	Geert	man	20 – 30 jaar	Student	Laatste jaar Professionele Bacheloropleiding	Eetstoornissen
	An	vrouw				Verslavingszorg
	Katia					
	Mireille					
Verpleegkundigen	Francine	vrouw	40 – 50 jaar	Verpleegkundige	Professionele Bacheloropleiding	eetstoornissen
	Francine (2) ¹⁹					
	Koos	man	20 – 30 jaar			verslavingszorg
	Koos (2)					
Stage- begeleiders	Noë	Man	40 – 50 jaar	Docent Hoger Onderwijs	Professionele Bacheloropleiding	Hoger Niet Universitair Onderwijs
	Philip					

¹⁹ (2) staat voor 2^{de} interview met deze participant

Bijlage 3: geïnformeerde toestemmingen

Geïnformeerde toestemming: patiënt



FACULTEIT GENEESKUNDE
EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Studie: *Is participatie van 'patiënten' met een psychiatrische problematiek in de praktijkstage van studenten 'optie psychiatrische verpleegkunde' een winsituatie voor de particuliere 'patiënt' én of voor het leerproces van de 3de jaarsstudent afstudeerrichting psychiatrische verpleegkunde?*

Geïnformeerde toestemming (patiënt)

Met deze brief willen we U uitnodigen en uw toestemming vragen deel te nemen aan een onderzoek. Dit onderzoek wordt gevoerd door een student (Bart Debyser) die de opleiding volgt 'Master in de Verpleeg- en Vroedkunde' aan de Universiteit Gent. In het kader van deze opleiding hoort er ook een 'eindwerk' gemaakt te worden. Het eindwerk wil nagaan of studenten 'psychiatrische verpleegkunde' er baat bij hebben als patiënten hen feedback geven. Mogelijks levert het onderzoek nieuwe kennis op, die bruikbaar kan zijn in het 'opleiden van psychiatrisch verpleegkundigen'.

Aan het onderzoek nemen een 4 tal patiënten deel, 4 studenten, 2 stagebegeleid(st)ers van de stageafdeling en 2 stagebegeleid(st)ers van de scholen voor verpleegkunde. Meewerken aan het onderzoek betekent dat u zal uitgenodigd worden voor wellicht één en maximum drie interviews. Het interview zal plaatsvinden in een aparte ruimte op uw afdeling en zal ongeveer 30 tot maximum 60 minuten duren. In dat interview zullen u enkele vragen gesteld worden over 'hoe het voor u was om feedback te geven aan de student', 'wat het voor u betekent "betrokken te worden" in de zorg naar studenten'. Wat door u verteld wordt, zal op band worden opgenomen. Dit is nodig om wat u vertelt in het interview zo goed als mogelijk verder te kunnen bestuderen.

Het spreekt voor zichzelf dat alles wat u zal vertellen, strikt vertrouwelijk zal behandeld worden. Identificeerbare gegevens zullen niet opgenomen worden in de verwerking van het interview. De bandopnames zullen dan ook na verwerking van de gegevens, vernietigd worden. Ook zullen de voorschriften, zoals deze voor dit soort van onderzoek zijn vastgelegd, strikt worden nageleefd²⁰ (zie voetnoot, onderaan dit blad).

Deelname aan het onderzoek is niet verplicht en zal geen direct voordeel met zich meebrengen. Ook het eventueel niet deelnemen zal voor u geen enkel nadelig gevolg hebben.

20

- Zoals het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002 voorschrijft, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd, U kan altijd inzage krijgen in de verzamelde gegevens. U kan altijd een 'onjuist' gegeven verbeteren.
- Mocht u door uw deelname en door de toegepaste onderzoeksprocedures toch enige vorm van schade en of letsel oplopen, dan voorziet de onderzoeker in vergoeding en of medische behandeling. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, met polisnummer
- Dit onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent op datum van; Er werd een goedkeuring gegeven om het onderzoek uit te voeren.

Neemt u deel aan het onderzoek, dan brengt dit geen kosten met zich mee voor U. Het spreekt voor zichzelf dat u gedurende de hele duur van het onderzoek verder zal kunnen rekenen op de zorg die vanuit de afdeling geboden wordt. U kan op gelijk welk moment beslissen niet langer deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer u beslist niet langer mee te werken aan het onderzoek, zal dit niets veranderen aan de zorg, zoals die vanuit de afdeling naar u toe geboden wordt. Mocht u verdere vragen hebben, dan kan u altijd contact opnemen met de hoofdverpleegkundige of met de student Bart Debyser, die steeds bereid is verdere toelichting te verstrekken. U kan Bart contacteren via het nummer XXXXXXXXX

Ik ben bereid op vrijwillige en kosteloze basis deel te nemen aan deze studie. Ik kreeg zowel mondeling als schriftelijk uitleg over de aard en het doel van het onderzoek. Ik kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Ik weet dat ik mij op elk ogenblik uit het onderzoek mag terugtrekken.

Naam van de vrijwilliger:

Datum:

Handtekening....

Naam van de hoofdverpleegkundige die voorafgaandelijk uitleg gaf over het onderzoek:

.....

Datum:

Handtekening:

Naam van de medewerker aan het onderzoek:

Datum:.....

Handtekening:

Geïnformeerde toestemming: student



FACULTEIT GENEESKUNDE
EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Geïnformeerde toestemming (student)

Geachte student,

Deze brief is een informatiebrief en een vraag tot vrijwillige toestemming om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek.

Bedoeling van het onderzoek, waarvoor u gevraagd wordt uw medewerking te geven, is na te gaan of het betrekken van patiënten in de stage en stage-evaluatie van studenten een meerwaarde kan betekenen voor de patiënt en of voor U als student. Mogelijks levert het onderzoek nieuwe kennis op, die bruikbaar kan zijn in het 'opleiden van psychiatrisch verpleegkundigen'.

Aan het onderzoek nemen een 4 tal patiënten deel, 4 studenten, 2 stagebegeleid(st)ers van de stageafdeling en 2 stagebegeleid(st)ers van de hogescholen voor verpleegkunde.

Meewerken aan het onderzoek betekent dat u zal uitgenodigd worden voor wellicht één en maximum drie interviews. Deze interviews zullen afgenomen worden door een student van de opleiding 'Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde' Universiteit Gent. Het interview zal plaatsvinden in een aparte ruimte op uw stageafdeling en zal ongeveer 30 tot maximum 60 minuten duren. In dat interview zullen u enkele vragen gesteld worden over 'hoe het voor u was om feedback te krijgen van de patiënt', 'wat het voor U (en in het perspectief van 'verpleegkundige' worden) betekende om feedback te krijgen van patiënten i.v.m. uw leerproces.

De interviews zullen op band worden opgenomen. Dit is nodig om de gegevens nadien 'zo goed als mogelijk' te kunnen bestuderen in het kader van de probleemstelling. Het spreekt voor zichzelf dat alles wat u vertelt, strikt vertrouwelijk zal behandeld worden. Identificeerbare gegevens zullen niet opgenomen worden in de verwerking van het interview. Ook zullen de voorschriften, zoals deze voor dit soort van onderzoek zijn vastgelegd, strikt worden nageleefd²¹ (zie voetnoot, onderaan dit blad). Bij het beëindigen van het onderzoek zullen alle gegevens vernietigd worden.

Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en zal geen direct voordeel met zich meebrengen. Ook het eventueel niet deelnemen zal voor u geen enkel nadelig gevolg hebben. Deelname aan het onderzoek brengt geen kosten mee voor U. We veronderstellen dat deelname aan het onderzoek u meer inzicht zal geven in de mate waarin u in staat bent de gewenste doelen van de verpleegkundige zorg te realiseren. Het spreekt voor zichzelf dat u gedurende de hele duur van het onderzoek verder zal kunnen rekenen op de stagebegeleiding die vanuit de afdeling en vanuit de hogeschool geboden wordt. U kan op gelijk welk moment beslissen niet langer deel te nemen aan

21

- Zoals het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002 voorschrijft, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd, U kan altijd inzage krijgen in de verzamelde gegevens. U kan altijd een 'onjuist' gegeven verbeteren.
- Mocht u door uw deelname en door de toegepaste onderzoeksprocedures toch enige vorm van schade en of letsel oplopen, dan voorziet de onderzoeker in vergoeding en of medische behandeling. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, met polisnummer
- Dit onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent op datum van; Er werd een goedkeuring gegeven om het onderzoek uit te voeren.

het onderzoek. Wanneer u beslist niet langer mee te werken aan het onderzoek, zal dit geen enkel gevolg hebben voor de begeleiding en of voor de evaluatie van uw stage. Mocht u verdere vragen hebben, dan kan u altijd contact opnemen met de hoofdverpleegkundige van uw stage afdeling of met Bart Debyser (student) die steeds bereid is verdere toelichting te verstrekken. U kan Bart contacteren via het nummer XXX.

Studie: Is participatie van 'patiënten' met een psychiatrische problematiek in de praktijkstage van studenten 'optie psychiatrische verpleegkunde' een winsituatie voor de particuliere 'patiënt' én of voor het leerproces van de 3de jaarsstudent optie psychiatrische verpleegkunde?

Geïnformeerde toestemming (student)

Ikben bereid op vrijwillige en kosteloze basis deel te nemen aan deze studie. Ik kreeg zowel mondeling als schriftelijk uitleg over de aard en het doel van het onderzoek. Ik kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Ik weet dat ik mij op elk ogenblik uit het onderzoek mag terugtrekken.

Naam van de vrijwilliger:

Datum:

Handtekening....

Naam van de hoofdverpleegkundige die voorafgaandelijk uitleg gaf over het onderzoek:

.....

Datum:

Handtekening:

Naam van de medewerker aan het onderzoek:.....

Datum:.....

Handtekening:

Geïnformeerde toestemming: verpleegkundige/ stagebegeleider



FACULTEIT
GENEESKUNDE
EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Studie: Is participatie van 'patiënten' met een psychiatrische problematiek in de praktijkstage van studenten 'optie psychiatrische verpleegkunde' een winsituatie voor de particuliere 'patiënt' én of voor het leerproces van de 3de jaarsstudent optie psychiatrische verpleegkunde?

Geachte collega,

Mag ik me even kort voorstellen?

Ik volg de opleiding 'Master in de Verpleeg- en Vroedkunde' aan de Universiteit Gent. In het kader van deze opleiding voer ik een onderzoek naar 'participatie van patiënten in de stage van studenten'. Dit onderzoek staat onder supervisie van professor Dr. Mieke Grypdonck en professor Dr. Tom Defloor. Bedoeling van het onderzoek is na te gaan of het betrekken van patiënten in de stage van studenten een meerwaarde betekent voor de patiënt, en of voor de student. Mogelijks levert het onderzoek nieuwe kennis op, die bruikbaar kan zijn in het 'opleiden van psychiatrisch verpleegkundigen'.

Aan het onderzoek nemen 4 patiënten deel, 4 studenten, 2 stagementoren van de stageafdeling en 2 stagebegeleid(st)ers van de hogescholen voor verpleegkunde.

Meewerken aan het onderzoek betekent dat u zal uitgenodigd worden voor wellicht één en maximum drie interviews. Deze interviews zullen door mezelf afgenomen worden in een aparte ruimte op de stageafdeling. Het interview zal ongeveer 30 minuten tot 60 minuten duren. In dat interview zal ik u vragen stellen over hoe u aankijkt tegen het betrekken van patiënten in het stageproces van studenten. 'De interviews worden opgenomen op band. Dit is nodig om de gegevens nadien 'zo goed als mogelijk' te kunnen bestuderen en te begrijpen in het kader van de probleemstelling.

De gegevens die op band werden opgenomen, zullen bij het beëindigen van het onderzoek vernietigd worden. Het spreekt voor zichzelf dat alles wat u me vertelt, strikt vertrouwelijk²² zal behandeld worden.

Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig, wat betekent dat u op gelijk welk moment kan beslissen niet langer deel te nemen aan het onderzoek. Deelname aan dit onderzoek brengt geen kosten mee voor U. Deelname aan het onderzoek zal geen direct voordeel met zich meebrengen. Ook het eventueel niet deelnemen zal voor u geen enkel nadelig gevolg hebben. Als onderzoeker zal ik me ook strikt houden aan de voorschriften zoals deze voor dit soort van onderzoek zijn vastgelegd²³.

²² Zoals het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002 voorschrijft, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd, kan u altijd inzage krijgen in de verzamelde gegevens. U kan altijd een 'onjuist' gegeven verbeteren..

²³ De studie werd opgesteld en zal uitgevoerd worden volgens de ethische principes die zijn vastgesteld in de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan experimenten. Het onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent op datum van; Er werd een goedkeuring gegeven om het onderzoek uit te voeren.

Ik hoop u met deze informatie voldoende informatie gegeven te hebben. Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben, aarzel niet van mij te contacteren. U kan ook altijd voor verdere vragen terecht bij de hoofdverpleegkundige van de afdeling.

Alvast van harte dank voor uw medewerking,

Bart Debyser
Student 'Master in de Verpleeg- en Vroedkunde'
Universiteit Gent

Tel. XXXX - GSM: XXXX - e-mail: Bart.Debyser@UGent.be

Ikben bereid op vrijwillige en kosteloze basis deel te nemen aan de studie 'Is participatie van 'patiënten' met een psychiatrische problematiek in de praktijkstage van studenten 'optie psychiatrische verpleegkunde' een winsituatie voor de particuliere 'patiënt' én of voor het leerproces van de 3de jaarsstudent optie psychiatrische verpleegkunde?'. Ik kreeg zowel mondeling als schriftelijk uitleg over de aard en het doel van het onderzoek. Ik kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Ik weet dat ik mij op elk ogenblik uit het onderzoek mag terugtrekken.

Naam van de vrijwilliger:
Datum:
Handtekening....

Naam van de persoon die voorafgaandelijk uitleg heeft gegeven:
Datum:
Handtekening:

Naam van de medewerker aan het onderzoek:.....
Datum:.....
Handtekening:

Bijlage 4: vragenlijst²⁴

Conform het onderzoeksconcept zullen in de loop van de studie 'semi-gestructureerde' interviews worden afgenomen. Het is **niet de bedoeling** van enquêtes af te nemen.

Het onderzoek is ook fenomenologisch geïnspireerd, wat impliceert dat ik vooral geïnteresseerd ben in de beleving van de participant m.b.t. de topics. Volgende vragen zullen hierbij aan de orde komen:

- ☐ meer algemene gegevens ('opleiding', 'leeftijd'...)
- ☐ hoe 'ervaren de participanten het gegeven dat 'patiënten' betrokken worden in het geven van feedback en wat betekent het voor patiënten betrokken te worden in het stageproces van de student? – wat betekent dit voor henzelf (in functie van het leerproces (student!)/ in functie van eigen 'gesitueerd zijn in het behandelproces (patiënt)/ in functie van de invulling die men geeft aan z'n professie (mentor/ stagebegeleid(st)er)...?) Hadden bepaalde factoren invloed op de feedback die gegeven werd (bijv. de aanwezigheid van de student, de patiënt, de stagementor en of de stagebegeleid(st)er, andere factoren?...)? Wordt het betrekken van patiënten in het feedback geven naar studenten door patiënten ook effectief gezien als een vorm van 'cliëntparticipatie', 'als iets dat hen 'empower'??
- ☐ Denken ze dat 'hun eigen ervaring' afwijkt van de ervaring van anderen m.b.t. deze topic? ... Hoe belangrijk vindt men de 'eigen' bijdrage? Hoe belangrijk vindt men de bijdrage tot feedback van de andere actoren? ... Welke feedback van welke 'betrokken partner' in het feedbackproces wordt meer gewaardeerd? Waarom? Waardoor?
- ☐ Wat waarderen de verschillende participanten in 'wat studenten' doen? Waarom? Worden deze aspecten die door hen gewaardeerd worden naar hun gevoel ook afdoende gevalideerd in de besprekingsmomenten die plaatsvinden m.b.t. de stage? Waaruit kon men dit wel of niet concluderen? Hoe 'objectief' worde de gegeven feedback ervaren (door zichzelf? van de andere betrokken partners?...)
- ☐ Bleven de participanten na afloop van het feedbackgebeuren nog met bepaalde gevoelens/ gedachten zitten? Welke? Waardoor kwam dit? Hoe ervaren ze dit?
- ☐ Waren eigen ervaringen met 'stage en feedback op 'stage' van invloed op de medewerking voor het onderzoek? Op de manier hoe men tegenover het gebeuren stond?
- ☐ Hoe staan de verschillende participanten 'initieel' tegenover 'feedback van "patiënten" over functioneren van studenten? Verandert dit perspectief in de loop van de tijd? Welke ervaringen droegen hier al of niet toe bij?

Op basis van 'verder' literatuuronderzoek is het mogelijk dat deze vragen nog enigszins zullen bijgestuurd worden.

²⁴ vragenlijst zoals ze werd voorgelegd ter goedkeuring bij het ethisch comité van het UZ Gent

Bijlage 5: informatiebrieven en actiekaarten (versie 2)

infobrief voor 'patiënten' (versie 2)

Beste 'patiënt',

Tijdens uw verblijf op deze afdeling zijn er heel wat zorgverleners die zich inlaten met uw zorg. Onder hen ook laatstejaarsstudenten psychiatrische verpleegkunde, die op de afdeling minimum vier tot maximum 9 weken stage lopen. De stage heeft tot doel dat de student zich de specifieke taak van de psychiatrisch verpleegkundige eigen maakt. Om zich te kunnen ontwikkelen tot een goeie en bekwame psychiatrisch verpleegkundige, is het heel belangrijk voor de student dat hij informatie krijgt over 'wat reeds goed gaat', en 'waarin 'hij/zij' zich nog verder in kan ontwikkelen'. Tot nog toe is het zo dat de student deze informatie in hoofdzaak krijgt van de verpleegkundigen van de afdeling. Het is eerder ongewoon dat ook patiënten hierin betrokken worden. Nochtans hebt u als patiënt ook veel met de student te maken en kan U wellicht heel directe ervaringen aanbrengen, die voor de student belangrijke informatie zijn om verder mee te nemen in zijn of haar ontwikkeling tot psychiatrisch verpleegkundige. Als patiënt kijkt U vanuit uw unieke perspectief naar de student en we denken dat 'het meenemen van dit perspectief' belangrijk is voor de student, de student die morgen (figuurlijk dan) uw individuele begeleid(st)er kan zijn.

Bij wijze van experiment (in het kader van een wetenschappelijke studie, opgezet vanuit de faculteit verplegingswetenschappen Universiteit Gent wordt op uw stageafdeling een onderzoek opgezet²⁵, waarin we samen met U willen nagaan of dit effectief ook zo is. We willen nagaan of laatstejaarsstudenten 'psychiatrische verpleegkunde' er baat bij hebben als patiënten hen feedback geven en wat het voor u betekende 'betrokken' te worden in de zorg naar studenten. Mogelijk levert het onderzoek nieuwe kennis op, die bruikbaar kan zijn in het 'opleiden van psychiatrisch verpleegkundigen'.

De laatstejaarsstudent..... werd natuurlijk ook volledig ingelicht i.v.m. het onderzoek opzet en stemde in om mee te werken. De student kan natuurlijk ook blijven rekenen op de gewone evaluatie, zoals die gebruikelijk uitgebouwd wordt vanuit de afdeling.

Hoe gaat alles nu praktisch in zijn werk?

Concreet zal u uitgenodigd worden op minimaal twee en maximaal drie gespreksmomenten. Deze gespreksmomenten worden georganiseerd onder de vorm van een groepsgesprek, tenzij de verpleegkundige die dit gespreksmoment zal begeleiden, het omwille van de patiënt of de student niet wenselijk acht, dat de feedback langs deze weg uitgewisseld wordt. De verpleegkundige is ook aanwezig op het tweede en op het derde gespreksmoment. Op dit gespreksmoment is ook de student zelf aanwezig (tenzij hij of zij er voor kiest (om welke reden dan ook) liever niet

²⁵ Dit onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UZ Gent – augustus 2006 – er werd een goedkeuring gegeven om het onderzoek uit te voeren. Uw afdelingsarts is ook op de hoogte van dit onderzoek.

aanwezig te zijn). De gespreksmomenten zijn gespreid over de volledige stagetijd (over de vier tot negen weken stage) en duren ongeveer een half uur. In die gespreksmomenten kan u zelf beslissen wat u wil teruggeven naar de student toe. Wat u aanbrengt, blijft ook tussen u en de student. U hoeft niets in te brengen wanneer u dit liever (nog) niet doet.

Volgende vraagjes kunnen u helpen “uw kijk op de student” scherper te krijgen voor u zelf en wat u hiervan wil mededelen naar de student toe;

- Hoe verliep uw relatie, communicatie,... met de student?
- Voelde U zich beluisterd, begrepen en in uw situatie ‘au serieus genomen’ ? Kan u hier ook voorbeelden van geven?
- Deed de student soms iets waarvan U dacht: dat had hij/zij beter niet gedaan? Voorbeelden?
- Als U terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou U daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?
-

Mocht u na dit besprekingsmoment behoefte hebben om over één en ander verder door te praten, dan kan u hiertoe altijd de verpleegkundige aanspreken en wordt hier ook achteraf tijd voor voorzien.

We denken dat via uw feedback de student iets kan leren over wat u in de zorg belangrijk vindt en wat studenten moeten kennen, kunnen (doen), zijn, betekenen, ... om volgens U een goede begeleid(st)er, een goede psychiatrische verpleegkundige te worden.

Of dit zo is, moet het onderzoek uitklaren. Uw medewerking, uw ervaringen en bevindingen zijn hierin natuurlijk heel belangrijk, doordat ze juist voorwerp zijn van onderzoek en omdat we graag ook van u willen leren hoe ‘feedback van patiënten naar uw stage toe’ best vorm kan gegeven worden.

Ook als u vragen hebt i.v.m. deze brief, aarzel dan zeker niet om contact op te nemen met de hoofdverpleegkundige.

infobrief voor 'de student' (versie 2)

Beste student,

Op onze afdeling vinden we het belangrijk zo maximaal mogelijk patiënten te betrekken in de behandeling en in de wijze van hoe dagelijks vorm gegeven wordt aan een 'passend' afdelingsklimaat.

Omdat stage nu ook éénmaal een realiteit is die zich om en bij de patiënt voltrekt, vinden we het dan ook belangrijk dat patiënten in dit gebeuren als volwaardige partner betrokken worden. Een manier waarop dit kan gebeuren, is patiënten formeel en expliciet feedback te laten geven over 'uw stagefunctioneren'.

Uit literatuur blijkt dat feedback van patiënten een belangrijk instrument voor het leren van studenten vormt. Bij wijze van experiment (in het kader van een wetenschappelijke studie, opgezet vanuit de faculteit verpleegwetenschappen Universiteit Gent) wordt op uw stageafdeling een onderzoek opgezet, waarin we samen met U willen nagaan of dit effectief ook zo is.

Concreet zullen gedurende minimum twee tot drie momenten (tijdens uw stage van 4 – 9 weken) patiënten uitgenodigd worden feedback te geven over uw stagefunctioneren. Deze gespreksmomenten worden georganiseerd onder de vorm van een groepsgesprek, tenzij de verpleegkundige die dit gespreksmoment zal begeleiden, het omwille van de patiënt of de student niet wenselijk acht, dat de feedback langs deze weg uitgewisseld wordt. De verpleegkundige is ook aanwezig op het tweede en op het derde gespreksmoment. Als student bent u altijd aanwezig op deze besprekingen, tenzij u er voor kiest (om welke reden dan ook) liever niet aanwezig te zijn. In de eerste ontmoeting 'student-patiënten' kan u de patiënten informeren over de doelen van uw stage en wat u voor uzelf wil realiseren in deze stage.

Dit 'feedbackgebeuren' wordt begeleid door bij voorkeur steeds eenzelfde verpleegkundige (maar niet uw stagementor). Deze verpleegkundige zal de patiënten aanmoedigen hun feedback weer te geven aan de hand van volgende vragen:

- Hoe verliep uw relatie, communicatie,... met de student?
- Voelde u zich beluisterd, begrepen en in jouw situatie 'au serieus genomen' ? Kan u hier ook voorbeelden van geven?
- Deed de student soms iets waarvan u dacht: dat had hij beter niet gedaan? Voorbeelden?
- Als u terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou u daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?

Direct aansluitend op dit feedbackgebeuren volgt er nog een korte nabespreking met de patiënten. Op deze nabespreking bent u als student niet aanwezig. In de nabespreking zal de verpleegkundige vragen of 'patiënten' nog bepaalde zaken hadden willen toevoegen aan 'wat reeds werd medegedeeld'. Mocht in deze nabespreking eventuele feedback naar voor komen die ook u direct of indirect aanbelangt, dan zal de verpleegkundige de patiënten stimuleren deze feedback naar u te brengen (bijv. individueel of in een volgend besprekingsmoment), of zal de verpleegkundige zelf (na toestemming van de patiënt) deze feedback naar u communiceren.

Omwille van het nog “ experimentele karakter” zal ervoor gezorgd worden dat de feedback van de patiënten niet de formele evaluatie die de afdeling aan de school geeft beïnvloedt. U zal er zeker geen nadelige invloed van ondervinden voor uw uiteindelijke beoordeling door de school.

De informatie die patiënten aanbrengen over uw stagefunctioneren, zal geen voorwerp vormen van de effectieve evaluatie van uw stage. (De effectieve evaluaties blijven gebeuren conform de afspraken die hieromtrent in de hogeschool met jouw werden gemaakt). Dit neemt niet weg dat u behoefte kan ervaren om één en ander verder door te praten. Samen met de verpleegkundige kan u de ‘gekregen’ feedback altijd doorpraten. U kan er ook voor opteren om de feedback te noteren in uw logboek of dagboek en dan kan u dit op een later tijdstip oppakken.

Uw ervaringen en bevindingen i.v.m. deze ‘feedbackprocedure’ zijn natuurlijk heel belangrijk, doordat ze juist voorwerp zijn van studie en omdat we graag ook van u willen leren hoe ‘feedback van patiënten naar uw stage toe’ best vorm kan gegeven worden.

Gedurende uw stage zal u uitgenodigd worden voor wellicht één tot maximaal twee gesprekken (zie ook ‘geïnformeerde toestemming’) en zal u bevraagd worden omtrent deze feedbackprocedure door een student ‘verplegingswetenschappen’ van de universiteit Gent.

Mocht u nog verdere vragen hebben i.v.m. deze ‘feedbackprocedure’, aarzel dan zeker niet om contact op te nemen met de hoofdverpleegkundige.

(actiekaart versie 2)
'coach' cliënten

Wie?

- Verpleegkundige - In het project 'geloven'
- Mee helpen een veilig klimaat creëren, zodat én student én cliënt zich op hun gemak voelen om open met elkaar te spreken. Hiertoe een positieve bemoedigende houding aannemen t.o.v. cliënten en student en positief trachten in te werken op zelfvertrouwen van beide participanten

Hoe?

Voorbereiding:

- Samen met hoofdverpleegkundige een **geschikt tijdstip** (streven naar één moment/ 2 weken stage) uitkiezen in het weekprogramma en dit tijdig agenderen naar de patiënten (cliënten)
- **Rationale van project doornemen**
 - Waarde voor cliënt (patiënt)?
 - Patiënt is expert van eigen conditie
 - Feedback van de cliënt = authentieke stem gevend aan cliënt – bekijkt de dingen vanuit zijn of haar perspectief en dit is waardevol om mee te nemen voor een student, die nog zoekend is naar 'een goeie beroepshouding en wat hier allemaal mee samenhangt' (kennis, vaardigheden...) – cliënt kan heel directe ervaringen aanbrengen
 - Indirect: project sluit aan bij participatief werkmodel dat op de afdeling gehanteerd wordt en doet (naar we vermoeden) appèl op gezonde deel van de cliënt – 'meetellen – van waarde zijn...etc.' via project uitdragen naar cliënten toe
 - Waarde voor student?
 - Wellicht meer 'gebalanceerde' feedback verkrijgen
 - Wellicht een extra leerervaring
 - (Mogelijkheid tot) voeling krijgen met wat 'cliënten' belangrijk vinden in wat studenten doen of niet doen, in wat voor hen studenten moeten kennen, kunnen, zijn om zich waar te kunnen maken als psychiatrisch verpleegkundige.
 - een middel om de verpleegkundige-patiëntrelatie en alles wat hier bewust of onbewust bijkomt leren open te bespreken en te leren hanteren

eigenlijke ontmoeting 'cliënten – student' (minimum 1 X/14 dagen) – als verpleegkundige coach moedigt u vooral cliënten aan hun feedback te geven en probeert u hiertoe een veilige, ontvankelijke sfeer te creëren

- inleiding (doel, tijds kader, waarom belangrijk?, 'niets hoeft', maar wel fijn als u iets kan teruggeven naar '...', ...)
- kans geven tot 'feedback', aan de hand van volgende vraagstelling:
 - hoe verliep uw relatie, communicatie met ... deze week?
 - Voelde u zich beluisterd, begrepen in jouw situatie? Kan u hier voorbeelden van geven?
 - Deed de student soms iets waarvan u dacht: dat had hij beter niet gedaan?
 - Als u terug opgenomen zou worden, en ... is uw verpleegkundige, zou u daar dan eerder blij of eerder teleurgesteld over zijn?
- Afronding + vooruitblik naar volgende ontmoeting

nabespreking (nu zonder de student erbij), en direct aansluitend op feedbackgebeuren

doel van deze nabespreking is een soort van **debriefing** met betrekking tot deze topic te houden met de patiënten

- Als verpleegkundige coach exploreert u of bepaalde patiënten nog zaken willen zeggen, die ze nog niet hebben kunnen (durven) zeggen, of er zaken zijn die hen nog bezighouden in verband met 'wat besproken werd'.
- In overleg met de patiënten worden de mogelijkheden bekeken om zonodig deze feedback alsnog te geven, bijvoorbeeld in een volgend gespreksmoment met de student, individueel, met steun van de begeleid(st)er, ...

zonodig individuele debriefing voorzien voor student én of cliënt

